

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia



TESIS DOCTORAL

**Diseño e implantación de un modelo de gestión hospitalario. Impacto
en los indicadores de actividad y los usuarios**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Miguel Noblejas Castellanos

Director

David Martínez Hernández

Madrid, 2016

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE
GESTIÓN HOSPITALARIO.

IMPACTO EN LOS INDICADORES DE
ACTIVIDAD Y LOS USUARIOS

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA

E HISTORIA DE LA CIENCIA



TESIS DOCTORAL

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIO. IMPACTO EN LOS INDICADORES DE ACTIVIDAD Y LOS USUARIOS

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Miguel Noblejas Castellanos

DIRECTOR

David Martínez Hernández

Madrid, 2015

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a la lealtad, fidelidad y amor, tres valores que me han demostrado e inculcado sin esperar nada a cambio algunas personas. Personas como mi esposa, Pilar, que ha estado, está y deseo que esté siempre a mi lado formando el mejor de los equipos en todas las facetas de la vida.

Ángeles inspiradores, los que dan sentido a mi lucha diaria y los que hacen que la vida sea maravillosa. Para vosotras es este trabajo, Daniela, Elena y Pilar, mis hijas.

A mis padres, Pilar y Mauricio, que me enseñaron los principios y valores con los que puedo afrontar con serenidad y confianza todos los obstáculos que te pone la vida.

Al resto de mi familia. Felipe y María, Fernando y Beatriz, María José y Sebas, Mauricio, María de los Ángeles, Luis, Carlos, mi ídolo Javier y mi recién llegada Manuela.

“A lo largo de mi vida he cambiado numerosas veces de opinión. Seguiré haciéndolo, porque esta postura me ha enriquecido enormemente tanto a nivel personal como a nivel profesional”

Miguel Noblejas Castellanos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTOS	13
LISTADO DE ACRÓNIMOS	14
RESUMEN	16
SUMMARY	20
1. INTRODUCCIÓN	24
1.1. ANTECEDENTES	25
1.1.1. La gestión en el sector salud	25
1.1.2. Elementos fundamentales de la gestión	25
1.1.3. El cliente y la calidad percibida	27
1.1.4. El cliente en sanidad	33
1.1.5. ¿Qué supone estar verdaderamente centrado en el cliente?	34
1.1.6. ¿Gestión pública o gestión privada?	35
1.1.7. Situación actual de los modelos de gestión sanitarios	37
2. JUSTIFICACIÓN	39
3. HIPÓTESIS	41
4. OBJETIVOS	42
4.1. OBJETIVOS PRINCIPALES	42
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5. MATERIAL	44
5.1. SITUACIÓN DEL ENTORNO DEL HOSPITAL Y DE LA SALUD EN ECUADOR ..	44
5.1.1. Factores relacionados con el contexto general	44
5.1.2. Factores relacionados con los principales grupos de interés	47
5.1.3. Sistema de salud en Ecuador	49
5.1.4. Percepción de los servicios de salud de la República de Ecuador	63
5.1.5. Análisis de los factores socio-demográficos, económicos y tecnológicos sobre los servicios de Salud en Ecuador	65
5.1.6. Análisis de la demanda de servicios de salud en Ecuador	75
5.1.7. Conclusiones sobre la situación del entorno sanitario en Ecuador	88
5.2. ANALISIS INTERNO DEL HSFQ (<i>Hospital San Francisco de Quito</i>): Situación en la red sanitaria de Ecuador	92
5.2.1. Análisis DAFO del HSFQ	93

6. MÉTODOS.....	101
6.1. PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL	101
6.1.1. Área de influencia del Hospital San Francisco de Quito	101
6.1.2. Propuesta y programación de la ejecución del proyecto.....	103
6.2. MODELO DE GESTIÓN	116
6.3. LA GESTIÓN POR PROCESOS	119
6.3.1. Mapa de procesos	123
6.3.2. Desarrollo documental de los procesos	127
6.3.3. Sistemas de seguimiento y medición de los procesos: Cuadros de mando de procesos.....	129
6.4. EL PLAN DE GESTIÓN Y ACUERDO DE GESTIÓN.....	131
6.5. EL PLAN ESTRATÉGICO.....	137
6.6. EL SISTEMA DE PRODUCTIVIDAD E INCENTIVOS.....	139
6.7. OTRAS HERRAMIENTAS DEL MODELO DE GESTIÓN:	142
6.7.1. Plan funcional y plan de equipamiento.....	142
6.7.2. Cartera de servicios del hospital	145
6.7.3. Diseño de la estructura organizativa y del organigrama	146
6.7.4. Servicio de atención al usuario (SAU).....	149
6.7.5. Servicio de admisión	150
6.8. TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO.....	152
7. RESULTADOS	155
7.1. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS	155
7.1.1. Desarrollo e implantación del mapa de procesos.....	155
7.1.2. Desarrollo e implantación documental de los procesos	157
7.1.3. Diseño e implantación del sistema de seguimiento y medición de los procesos: cuadros de mando de procesos.....	178
7.2. DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN.....	184
7.3. PROPUESTA DE ACUERDO DE GESTIÓN.....	186
7.4. DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO	195
7.5. DISEÑO Y DIFUSIÓN DEL SISTEMA DE PRODUCTIVIDAD E INCENTIVOS...	208
7.6. OTRAS HERRAMIENTAS DEL MODELO DE GESTIÓN	213
7.6.1. Implantación del plan funcional y plan de equipamiento	213

7.6.2.	Desarrollo de la cartera de servicios del hospital	216
7.6.3.	Diseño y difusión del organigrama	218
7.6.4.	Creación y puesta en marcha del servicio de atención al usuario (SAU).....	222
7.6.5.	Creación y puesta en marcha del servicio de admisión	222
7.7.	RESULTADOS ASISTENCIALES: COMPARACIÓN TEMPORAL DE LA EFICACIA DEL MODELO DE GESTIÓN	225
8.	DISCUSIÓN	235
8.1.	SISTEMA DE SALUD, SISTEMA EN RED	235
8.2.	UN HOSPITAL NUEVO VS HOSPITAL FUNCIONANDO	236
8.3.	EL EQUIPO DE GESTIÓN.....	236
8.4.	EL MODELO DE GESTIÓN	237
8.5.	LOS DATOS E INFORMACIÓN.....	239
9.	CONCLUSIONES	241
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	243

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Don José Prieto Prieto, que no se olvidó de mí en estos más de 15 años desde que tengo el placer de conocerle.

Al Dr. David Martínez Hernández, que ha apostado por este trabajo y confiado en mi persona. Gracias por dirigir esta tesis y ayudarme a hacer este sueño realidad.

A mi amiga Yesenia Santana, que creyó no sólo en este proyecto de gestión, sino en mi persona, y que estuvo a mi lado en todo momento en mi estancia en Ecuador.

A la empresa Makiber, S.A., y en su representación en la figura de César San Pablo, que nos

apoyó durante todo este proyecto en Ecuador siempre. Al resto de empresas que colaboraron en este proyecto y permitieron mi participación.

Al Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, representado por el Doctor Francisco Miguel Sánchez Margallo y el Presidente de Honor, Profesor Don Jesús Usón, donde mi incorporación laboral a este gran proyecto ha reactivado mis ganas por concluir este trabajo. Gracias a María, Eva, Maxi y Luisa que sin ellos, esta publicación podría haber sido cualquier cosa menos una publicación.

A mis amigos y enemigos, porque de todos he aprendido muchísimo.

“Profesor es el que enseña; maestro, del que se aprende”

(Séneca)

LISTADO DE ACRÓNIMOS

- **AEC.** Asociación Española para la Calidad
- **AETS.** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- **APS.** Atención Primaria de Salud
- **BCE.** Banco Central de Ecuador
- **BID.** Banco Interamericano de Desarrollo
- **BVS.** Biblioteca Virtual en Salud
- **C.D.** Consejo Directivo
- **CAA.** Centro de Atención Ambulatoria
- **CELADE.** Centro Latinoamericano de Desarrollo Empresarial
- **CEPAL.** Comisión Económica para América Latina y El Caribe
- **CEPALSTAT.** Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Bases de datos y publicaciones estadísticas
- **CHARES.** Centros Hospitalarios de Alta Resolución
- **CIAP.** Clasificación Internacional de la Atención Primaria
- **CIE.** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **CMBD.** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- **CMI.** Cuadro de Mando Integral
- **CMP.** Cuadro de Mando de Proceso
- **COIIM/AIIM.** Colegio y la Asociación de Ingenieros Industriales de Madrid
- **COMCYT.** Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología
- **CONASA.** Consejo Nacional de Salud
- **CONHU.** Convenio Hipólito Unanue referido a Salud
- **DA.** Dispensario Anexo
- **DOTS/TAES.** Directly Observed Treatment, Short/ Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
- **DSSC.** Dispensario del Seguro Social Campesino
- **ECNT.** Enfermedades Crónicas no Transmisibles
- **ECV.** Encuesta de Condiciones de Vida
- **EDA.** Equipo Directivo Asesor
- **EFQM.** European Foundation Quality Management
- **ENT.** Enfermedades No Transmisibles
- **EPV.** Enfermedades Prevenibles con Vacuna
- **GGGS.** Gasto del Gobierno General en Salud
- **GMAO.** Gestión del mantenimiento asistido por ordenador
- **GPS.** Gasto Privado en Salud
- **GTS.** Gasto Total en Salud
- **HHCC.** Historia Clínica
- **HR.** Human Resources
- **HSFQ.** Hospital San Francisco de Quito
- **IESS.** Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social
- **INEC.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- **IPA.** Incidencia Parasitaria Anual
- **ISO.** International Standard Organization

- **ISSFA.** Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
- **ISSPOL.** Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional
- **JBG.** Junta de Beneficencia de Guayaquil
- **LEQ.** Lista de Espera Quirúrgica
- **MEF.** Mujeres de Edad Fértil
- **MSP.** Ministerio de Salud Pública
- **NOPD.** Nombre Omitido por Protección de Datos
- **nv.** Nacidos Vivos
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud
- **ORAS.** Organismo Andino de Salud
- **PACS.** Picture Archiving and Communications System
- **PAI.** Programa Ampliado de Inmunizaciones
- **PASAFRO.** Plan Andino de Salud en Fronteras
- **Pe.** Por ejemplo
- **PIB.** Producto Interior Bruto
- **POA.** Plan Operativo Anual
- **Qx.** Quirúrgico
- **RAIS.** Red de Institutos de Salud Pública
- **RAVE.** Red Andina de Vigilancia Epidemiológica
- **RFID.** Radio Frequency Identification
- **RRHH.** Recursos Humanos
- **RIS.** Radiology Information System
- **RPIS.** Red Pública Integral de Salud
- **Rx.** Rayos X
- **SAI.** Sistema Andino de Integración
- **SARS.** Severe Acute Respiratory Syndrome information
- **SENACYT.** Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología
- **SGRT .** General de Riesgos del Trabajo
- **SGSIF.** General de Salud Individual y Familiar
- **SIDA.** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- **SNS.** Sistema Nacional de Salud
- **SOLCA.** (La) Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
- **SUO.** Seguro Universal Obligatorio
- **TAC.** Tomografía axial computarizada
- **TSSE.** Transformación Sectorial de Salud del Ecuador
- **UAA.** Unidades de Atención Ambulatoria
- **UNASUR.** Unión de Naciones Suramericanas
- **UNICEF.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- **UPS.** Uninterruptible Power Supply. (Sistema de Alimentación Ininterrumpida)
- **UTI.** Unidad Terapia Intensiva
- **UTPR.** Unidad Técnica de Protección Radiológica

RESUMEN

La gestión de las empresas debe ser uno de los puntos clave para gobernar adecuadamente cualquier negocio. De esta gestión dependerá el éxito de la empresa y los gestores deberían ser los máximos responsables y encargados de llevar a cabo este proceso a través de la planificación e implicación de todos los miembros de la organización. Asimismo, todo el mundo debe colaborar para que la empresa logre las metas y objetivos propuestos.

El objetivo principal de cualquier organización es ofrecer un producto y/o servicio para satisfacer o generar unas necesidades, generalmente identificadas en los reales o potenciales clientes y/o usuarios. En un entorno tan competitivo, no solamente debemos hacer las cosas bien, sino que debemos hacerlo mejor que el resto de nuestros competidores. Es posible que alguien siga pensando que entre organizaciones públicas no existe competencia, pero por suerte, esto en los últimos años ha cambiado, y ya en las instituciones públicas, y en concreto en las sanitarias, se da también esta situación de competencia.

El cliente debe ser el centro de nuestras actuaciones, porque la competitividad la marca él, creando sus necesidades y transformándolas con el tiempo. Por ello nuestra principal estrategia para ser competitivos debe ser un enfoque perfectamente práctico hacia el cumplimiento de sus requisitos [1].

Para ello, debemos crear un ambiente empresarial y de organización que ayude a situarnos como empresa en una buena posición, y que nos permita ser sostenibles y viables en el tiempo. Además, debemos desarrollar una cultura empresarial de creatividad que nos permita estar a la vanguardia de los cambios necesarios, porque un aspecto fundamental para conseguir esa sostenibilidad y viabilidad en el tiempo es la innovación, y por lo tanto, la innovación en la gestión.

En un artículo de D. Álvaro Martínez (Vocal de la Comisión de Calidad COIIM/AIIM), publicado en la revista de la AEC en el año 2013, se describe un estudio realizado en 2006 por IBM Global CEO, en relación al tema de la innovación, donde se incluía una encuesta a 765 directores, ejecutivos de negocio y líderes del sector público, correspondientes a 20 sectores industriales y a 11 regiones geográficas, desde mercados maduros a importantes mercados en desarrollo, como los de China, India, Europa del Este y América Latina. Según dicho artículo, dos tercios de los directores entrevistados esperaban que su organización se encontrara envuelta, en los próximos años, en una filosofía del cambio debido: a una intensa competencia, a cambios en las expectativas crecientes de los clientes y a la globalización. Todos ellos veían la innovación del modelo de negocio y de gestión como la respuesta a estas nuevas necesidades, y como elemento importante y dife-

renciador. Incluso en ese mismo artículo, se cita a Steve Jobs diciendo que “La innovación es lo que distingue a un líder de sus seguidores” [2].

De todo lo anterior se deducen tres ideas que se quieren desarrollar y demostrar en este trabajo. En primer lugar, los gestores debemos hacer nuestra organización competitiva, para ello, y como segundo principio, el cliente es el que nos ayudará a conseguirlo, y en tercer lugar, la mejor gestión se consigue con creatividad e innovación. En resumen, tenemos que ser diferentes [3].

Existen organizaciones o empresas de carácter público y organizaciones o empresas de carácter privado, pero no creo en una diferenciación de la gestión en “gestión pública” y “gestión privada”. Esta opinión puede diferir de lo que piensan muchos profesionales y protagonistas de la salud pública y considero que ha sido uno de los motivos que he podido observar que ralentiza muchas veces y establece excusas innecesarias en el avance de la gestión en organizaciones sanitarias de carácter público.

D. Fernando Lamata, en su Manual de Administración y Gestión Sanitaria, dice que “La Administración sanitaria es el área de conocimiento y la acción práctica que se ocupa de las formas de financiación, organización, gestión y funcionamiento y evaluación del sector sanitario, de la sanidad, con el propósito de contribuir a mejorar la salud de las personas y las poblaciones”. Si esta frase la aplicamos a la situación de una organización privada, podríamos decir que “La gestión de una empresa sanitaria privada es el área de conocimiento y la acción práctica que se ocupa de las formas de financiación, organización, gestión y funcionamiento y evaluación de su sector (sanitario) con el propósito de ser rentable y mejorar la salud de las personas” [4].

Es decir, la diferencia entre estos dos tipos de organizaciones para ser gestionadas de una manera u otra radica en su naturaleza, pero las herramientas o modelos de gestión que se deben usar para gestionarlas deben: ayudar a la financiación, organización, gestión, funcionamiento y la evaluación.

No creo que existan herramientas de gestión

para empresas públicas y otras diferentes para empresas privadas, sino que según los objetivos de cada tipo de empresa, que por supuesto deben ser diferentes, utilizamos las herramientas en un sentido (labor social) o en otro (rentabilidad).

Aparte de lo anterior, podemos también decir que cada empresa, cada organización, puede tener situaciones diferentes, casuística en su actividad de diferente variabilidad, y otros aspectos que las hacen diferentes de las de al lado. Todo esto a pesar de que puedan estar bajo el mismo “techo” de gestión corporativista, marca, red sanitaria, etc., o tener incluso objetivos diferentes.

Por esto también es fundamental identificar que como no todas las empresas son iguales, no todas pueden tener la misma forma de hacer las cosas, y el producto o servicio no puede ser exactamente igual. Además, las circunstancias en cada momento pueden ser diferentes.

Para que el producto de dos centros u organizaciones sea el mismo en todos los sentidos, se debería gestionar la empresa en su globalidad, tal y como podemos ver en el siguiente ejemplo de una compañía de fama mundial que se dedica en el sector del *fast food* a la realización de hamburguesas entre otros.

Pidiendo cualquier hamburguesa de esta marca en España, tendrá el mismo aspecto, presentación y sabor que en Ecuador, Bulgaria, Italia, Suiza, etc.

¿Esto cómo se consigue? La respuesta es muy sencilla: porque TODOS los recursos que se utilizan son exactamente los mismos independientemente de que estemos en Ecuador, Bulgaria, Suiza, Italia u otro lugar del mundo.

Todos los elementos son los mismos en cualquier parte del mundo: los ingredientes, la materia auxiliar (envases), la maquinaria, la formación del personal, la disposición de los locales, infraestructuras y la materia prima, etc.

Debido a que estos recursos son los mismos, existe la posibilidad de que su variabilidad entre los centros sea mínima, y las herramientas de gestión pueden llegar a ser totalmente comunes

para todos. Es decir, la concordancia entre todos los elementos de gestión de todos sus centros es de un porcentaje elevadísimo.

¿Qué situación se vive por ejemplo en los hospitales públicos? Que a pesar de estar trabajando en red, cada uno de ellos son en algunos casos totalmente diferentes. Los equipos, los flujos de funcionalidad, infraestructuras, materias primas, reactivos, fungibles, mobiliario, etc., son diferentes. Por lo tanto, aunque nos empeñemos muchas veces, el modelo de gestión que los gobiernos tendrá menos coincidencias y similitudes entre ellos que los que tienen los diferentes restaurantes de *fast food* que hemos puesto como ejemplo.

Existen numerosos términos en relación a elementos de gestión que se usan indistintamente, por ejemplo sistema de gestión, herramientas de gestión, modelos de gestión, etc.

En este trabajo, se ha decidido trabajar fundamentalmente con dos conceptos que podrán ver definidos y explicados, Modelo de Gestión y Herramientas de Gestión, entendiendo que un Modelo de Gestión deberá estar formado por una serie de Herramientas de Gestión.

La idea que se quiere plantear en este caso es que el mundo de la gestión es como un gran “supermercado” de herramientas de gestión. En este “supermercado”, habrá, con sus “nombres y apellidos”, herramientas tecnológicas, de contabilidad, de calidad, de medioambiente, de RRHH, de financiación y financieras, de logística, estratégicas, de medición, etc.

Estando al frente de una organización, nos encontraremos con una serie de características, en relación primero a su misión y objetivos, su carácter, luego sobre sus recursos, sus tipos de clientes, sus profesionales, su producto o servicio y todas las cuestiones que dan personalidad a una empresa.

Una vez que un gestor conoce bien la empresa, lo que debería hacer es ir a ese “supermercado” de herramientas de gestión y “comprar” aquellas que considere debe dar respuesta a las necesidades de gestión de la organización.

Si este análisis se pudiera hacer con coherencia

y con toda la libertad y autonomía que deberían tener los gestores, en este caso, gerentes de centros sanitarios, no se invertirían innecesariamente recursos en herramientas de gestión tecnológicas, infraestructuras, sistemas de calidad y/o medioambiente, herramientas financieras, sistemas de logística, etc., y a la vez muy costosos. Además, que no estaríamos dando la solución adecuada a las necesidades de la organización en la cual nos han puesto al frente [5].

Teniendo en consideración todo lo descrito anteriormente, el proyecto plantea de manera práctica todas estas cuestiones.

Como líder de un equipo directivo, llegamos a una organización hospitalaria, donde en una fase de planificación y diseño de la gestión se desarrollaron de manera teórica las posibles herramientas de gestión que se necesitarían para dar respuesta a la gobernabilidad del hospital. Una vez inaugurado y puesto en marcha el centro, se revisaron, analizaron y validaron estas herramientas, y se produjeron las adecuaciones necesarias para hacer realidad cada una de esas herramientas, dejando tal y como se habían definido aquellas que eran adecuadas tal y como se habían previsto, y modificando en mayor o menor medida aquellas que se consideraron que no daban una respuesta total a las necesidades del centro.

Todo este conjunto de herramientas se eligieron atendiendo a que teníamos que dar respuesta a una serie de aspectos de la organización que debíamos gestionar. Estos aspectos los podemos observar en la **figura A**.

Desde un año antes de la apertura y puesta en marcha del centro, en las fases de construcción y equipamiento, se trabajó en la planificación y preparación del modelo de gestión, así como en otros aspectos. Una vez conocidas las necesidades del centro así como su entorno, se debía dar la respuesta más adecuada a su gestión. Para ello se contó con un gran número de profesionales del propio centro, y se aplicó el modelo durante sus dos primeros años de funcionamiento, incluyendo un proceso de transferencia del conocimiento y del propio modelo de gestión.

Gran parte del resultado de estos casi cuatro años está incluido en este trabajo, existiendo

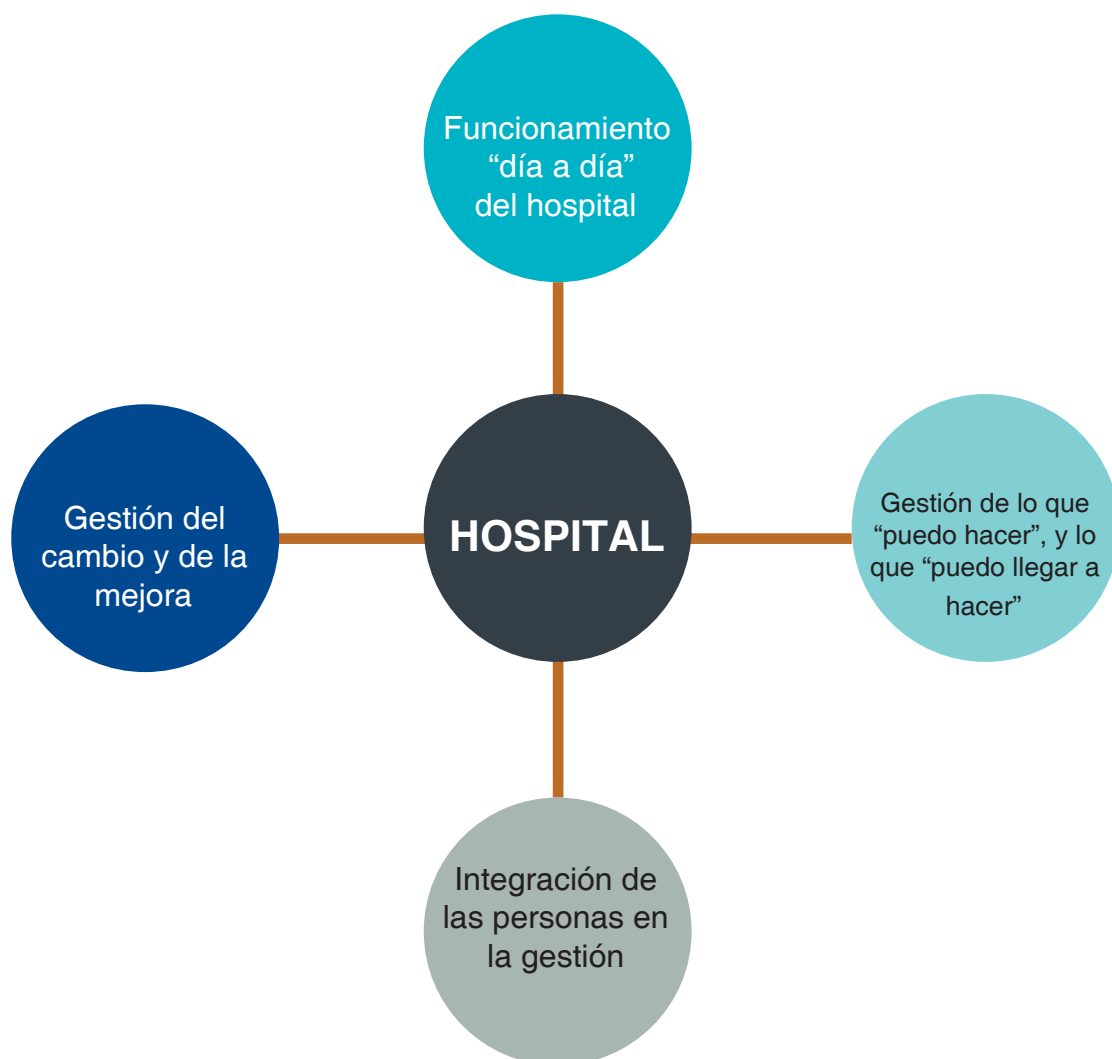


Figura A. Aspectos de la organización en torno a los que se diseñaría el modelo de gestión.

otros conocimientos e información suficiente, que podrían desarrollarse en dos o tres trabajos más como este.

Este estudio refleja cómo se trataron estas necesidades de gestión y organización del HSFQ, su implantación, y en muchos casos los resultados y aspectos que ayudaron a la mejora de la atención y asistencia a los usuarios.

Como objetivo personal, me comprometo a investigar, informarme y estudiar cómo ha sido la continuidad de la gestión y organización del hospital, y ver si nuestra semilla germinada ha dado sus frutos en el tiempo, y una vez que nuestra influencia haya desaparecido por completo del día a día del centro.

SUMMARY

Business management is considered to be one of the key points to undertake the effective governance of any given business. The success of a firm will depend on this management and therefore, leading managers have primary responsibility for carrying out this process through planning and involvement of all members of the organization. Moreover, everyone within the staff must work together to achieve the company's goals and objectives.

The main purpose of any organization is to offer a product, a service or both, in order to meet the needs or to generate them based on those identified in the actual or potential customers and/or users. In an increasingly competitive environment, we must not only do things right, but in fact better than the rest of our competitors.

Someone could still think that among public organizations there is no competition, but fortunately, this has changed in recent years and this competitive situation also applies to public institutions, and in particular to public healthcare institutions.

Customers must be the center of our actions because competition is set by them, by creating and modifying their needs over time. Therefore, our main strategy to be competitive must be a perfectly practical approach to the fulfillment of their requirements [1].

To that end, we should create a business and working environment that places the company in a good position, allowing it to be sustainable and viable over time. In addition, we must develop a corporate culture of creativity that enable us to stay ahead of the necessary changes, because one essential aspect to ensure that sustainability and viability throughout the years is innovation, and thus, innovation in management.

An article published in 2013 in the AEC journal (a Spanish association in quality), by Mr. Álvaro Martínez (Member of the Commission on Quality COIIM / AIIM), describes a study developed by IBM Global CEO in 2006, on the topic of innovation: it included a survey among 765 managers, business executives and public sector leaders, corresponding to 20 industries and 11 geographic regions, from mature markets to major developing markets, such as China, India, Eastern Europe and Latin America. According to the article, two thirds of those interviewed managers expected their organization to be involved in a philosophy of change in the coming years, due to an intense competition, to the increasing customers' expectations and because of globalization. All they considered the business and management innovation model as the answer to these emerging needs and as a differentiating and important factor. In that same article, Steve Jobs is quoted "Innovation is what distinguishes a leader from his followers" [2].

From the above considerations, three conclusions are drawn that will be described in this paper. Firstly, managers shall make a business more competitive; secondly, and in order to accomplish the first, the customer will help with their particular preferences; and thirdly, the best management is achieved with creativity and innovation. In short, we need to be different [3].

There are public organizations or public companies, and private organizations or private companies, but I do not believe in a distinction between public and private management. This view may differ from what many public healthcare professionals and actors may and I believe that it has been one of the reasons that slows down and sets out unnecessary excuses in the advancement of health management among public organizations.

Mr Fernando Lamata, in his Manual of Administration and Health Management, says that "Health Administration is the area of knowledge and practical action that addresses the forms of financing, organization, management and operation and evaluation of the health sector, health, in order to help to improve the health status of individuals and populations". If this sentence is moved to a sense of a private organization, we could say that "The management of a private health company is the area of knowledge and practical action that addresses the modalities of financing, organization, management, operation and evaluation of its sector (health) for the purpose of being profitable and improving people's health" [4].

That is to say, the difference between these two types of organizations as regards to be managed in one way or another lies in their nature, but the tools and management models to be used for that matter should help to fund, organize, manage, operate and evaluate.

I do not believe there is such a thing as management tools for public companies and for private companies, but rather that we use the tools in one sense (social work) or another (profitability) according to the objectives of each type of company, which of course must be different.

In addition, we can say that any company or any organization may have to comply with a varie-

ty of situations and case studies in their activity, and other aspects that make them different from each other. All of this, despite the fact that they may be under the roof of corporatist management, brand, healthcare network, etc. or even under different objectives.

Therefore, as we are not all alike, in the same way we do things differently because our circumstances may also be different.

In order to produce the same product by two different companies, these should be managed globally, as it described in the following example of a worldwide famous company of the fast food sector, engaged in the production of hamburgers.

Any hamburger of this brand in Spain will have the same appearance, presentation and particular flavour that it has in Ecuador, Bulgaria, Italy, Switzerland, etc.: its features will be exactly the same throughout the world.

Why does this happen? The answer is simple and it is because all the resources involved are exactly the same: ingredients, auxiliary materials (packaging), machinery, staff training, the provision of premises, infrastructure and raw materials, etc.

Since these resources are the same, there is a possibility that the variability between centres is minimal, and the management tools may become totally common to all. That is, the correlation between all elements of management of all their centres is very high.

What is the situation, for example, of public hospitals? Despite of working in a network, some of them are totally different. Their teams, flows of functionality, infrastructure, raw materials, supplies, consumables, furniture, etc. are different, and therefore, the management model that rule them will have less overlap and similarities between than the one that rules the fast food restaurant I have used as an example.

There are numerous terms in relation to management items, which are used interchangeably, such as for instance management system, management tools, management models, etc.

In this work, it was decided to use primarily

two concepts that will be defined and explained, Management Model and Management Tools, understanding that a Management Model should be composed of a number of Management Tools.

The concept that is to be raised here is that the management world is like a large “supermarket” of management tools. In this “supermarket” there will be all sort of tools, each of them with a name and function, such as, technological, accounting, quality, environmental, HR, funding and financing, logistics, strategic, measurement tools, etc.

Being at the head of an organization, the priority task will be analyzing a number of characteristics in relation to its mission and objectives, its character, its resources, types of customers, its professionals, the products or services provided and all the issues that confer a business its personality.

Once the business goals and performance are known, it is time to go to the “supermarket” of management tools and acquire those that are considered to address the needs of the organization management.

If this analysis could be done consistently by the managers of health centres, enjoying full autonomy and freedom, then expensive and valuable resources would be saved. Furthermore, it would be given the adequate solution to the needs of the organization which it has been taken the lead [5].

Taking into consideration all the above, the project sets out all these issues in a practical way.

The process of planning and managerial design

that were developed theoretically, are discussed together with the management tools that would enable the hospital governance. Once the centre was opened and became operational, these tools were reviewed, analyzed and validated, and the necessary adjustments were produced to provide a comprehensive response to meet every need.

The toolkit was chosen according to certain criteria that had to be managed. These aspects were in **Figure A**.

One year before the opening and setting out of the centre, during the construction and equipment phases, the necessary details were gathered the planning and preparation of the management model. A significant number of professionals of the centre’s staff were devoted to analyze and implement the most effective management to suit the environment and hospital needs throughout the first two years, and to receive the transfer of knowledge of the managerial model.

Much of the result of this four-year project is included in this study. And there is more information available that could be developed in two or three more studies.

This work reflects how all these management and organization needs were treated, how they were implemented. It discusses in some cases too, which were the results and aspects that helped improve healthcare and assistance to users.

As a personal goal, after our influence is completely gone, my commitment is to find out, investigate and study how the management plan and hospital organization has been followed to see if our germinated seed at the right time.

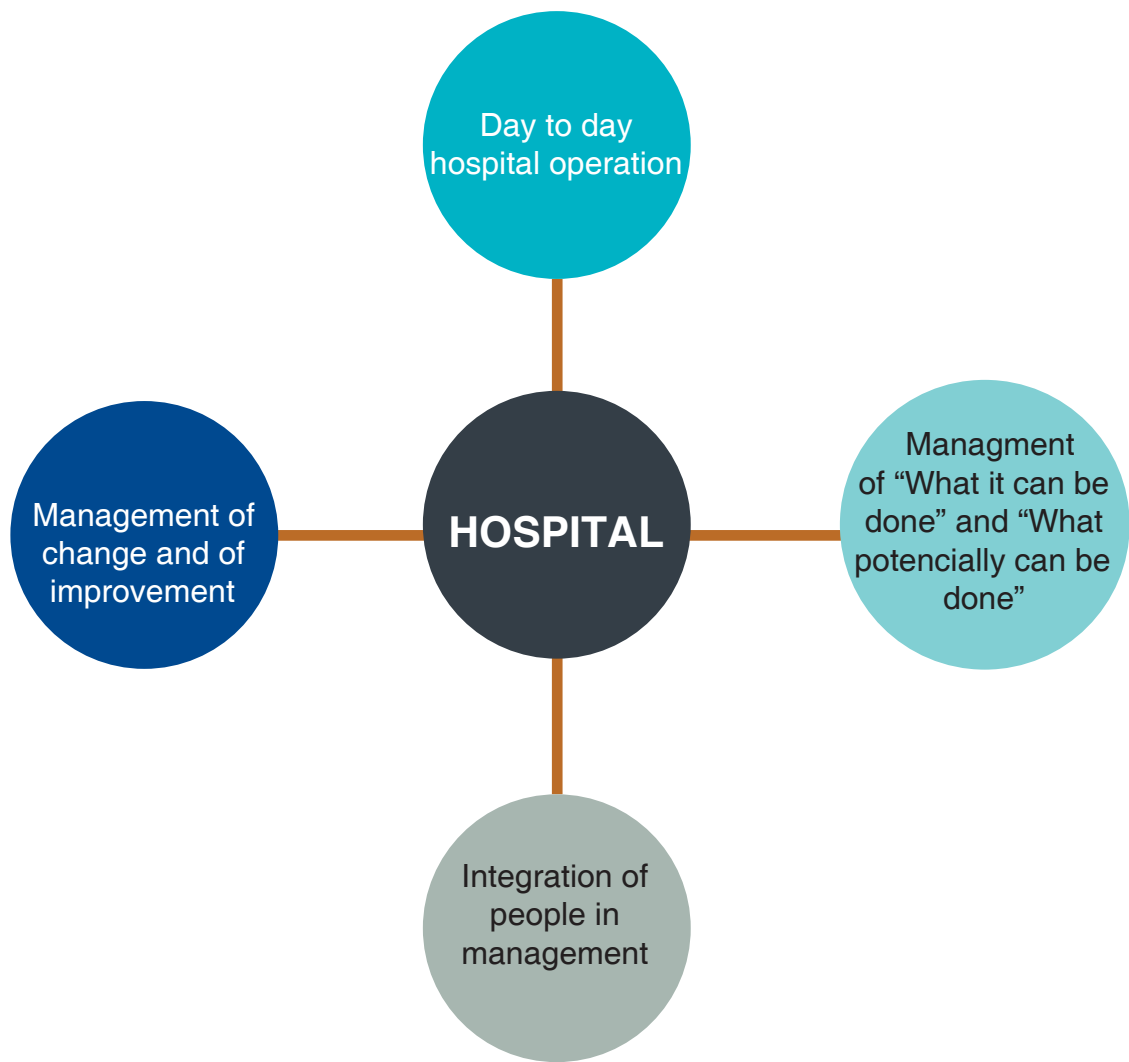


Figure A. *Aspects of the organization around which the management model would be designed.*

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años los gobiernos, gestores y responsables de las organizaciones sanitarias han centrado muchos esfuerzos en intentar establecer sistemas o modelos de gestión que mejoren los resultados, la eficiencia y la producción de este tipo de organizaciones.

Es verdad que no podemos negar que los hospitales son un tipo de organización que tienen una gran cantidad de peculiaridades respecto de otras organizaciones, pero la realidad, es que cada sector tiene sus propias características y no por ello el sector sanitario puede quedar excluido del uso de las herramientas de gestión, perfectamente implantadas y validadas en todo el mundo [6].

La experiencia me ha permitido observar que en los centros hospitalarios cuesta en exceso poner en marcha herramientas y sistemas de gestión tradicionalmente utilizados en otros sectores y organizaciones. Se observa como sistemas analíticos de costes intentan ser “diferentes” a los tradicionales, los organigramas se basan en las categorías profesionales, en vez de tener en cuenta los procesos productivos, productos y servicios, como en otros sectores, y así un sinnúmero de formas de trabajar que van en contracorriente a los usos de manera tradicional. A pesar de esto, podríamos decir que esta “innovación” ha podido ser excelente y podría haber aportado unas mejoras mucho mayores respecto a otros

sectores, pero la realidad no es esa y, muchos años después, seguimos poniendo en duda en qué niveles o de qué manera se debe gestionar el servicio asistencial.

Podemos poner sobre la mesa ciertos problemas de gestión que han existido en los centros hospitalarios y que no han ayudado a que los cambios que se han ido introduciendo, hayan mejorado la gestión sanitaria [7]:

- El enfoque al cliente ha sido un referente exclusivamente teórico.
- La gestión de los hospitales ha estado enfocada generalmente a los profesionales asistenciales de los centros.
- Gestión de RRHH basada en las categorías profesionales.
- Toma de decisiones basadas en un argumento político.
- Ambición tecnológica, clínica y asistencial por encima de cualquier objetivo de “prestación de un servicio” al cliente, usuario o paciente.
- La parte administrativa, de organización y gestión ha estado siempre en un ámbito secundario.
- La lucha por el “poder” asistencial ha llevado a un elevado gasto de recursos de manera no ordenada, y sin prioridades asistenciales. P.e. creación innecesaria de servicios, hospitales, etc.

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. LA GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD

Si dijéramos que no hemos trabajado con calidad en el sector sanitario no estaríamos diciendo la verdad, pero, según Shewart existen múltiples dimensiones de la calidad, y lo que si debemos preguntarnos es si hemos trabajado verdaderamente en las dimensiones correctas de la calidad que nos aplica, y en el sentido y orden correcto [8].

Está claro que es un sector que históricamente se ha preocupado por las tecnologías, por la formación de los recursos humanos, por establecer protocolos y procedimientos teóricos que ayudaran a mejorar las actividades de observación, diagnóstico y tratamiento, por la introducción de cada vez más factores y elementos no asistenciales.

Los centros sanitarios han usado, hasta cierto punto, como mejora de sus procesos, los modelos de gestión de calidad existentes en el mercado (ISO, EFQM, Joint Comisión). Han promocionado y desarrollado modelos y normas específicas de sus servicios y productos, las cuales sobre el papel, han tenido un éxito y promoción apreciable, pero en su puesta en marcha no han dado los resultados esperados, si bien, lo que entendemos como “resultados esperados”, puede divergir bastante entre las diferentes personas que los analizan. No existe una verdad absoluta.

Pero ¿hemos desarrollado estos avances en gestión, que nos hayan hecho ser mejores en la calidad de la atención, según las directrices correctas, en los momentos correctos y teniendo en cuenta a los factores principales? [9].

En mi opinión es evidente que el profundo enfoque de los sistemas sanitarios al desarrollo de los profesionales a través del uso de tecnologías y “pacientes” es evidente, con un paralelismo claro en el descubrimiento de remedios contra la enfermedad, pero con unos elementos organizativos y de gestión que no han sido equivalentes, ni han estado a la altura de este modernismo e innovación tecnológica y del conocimiento médico.

Hemos pasado del arte de hacer medicina, al de la producción en salud, donde muchas de las justificaciones para no mejorar esta producción, y adecuarla a las necesidades de los pacientes y usuarios, ha sido la continuidad de un arte, en el que muchos profesionales de la medicina ya no creen, puesto que los intereses económicos, al igual que otros sectores, han sido los que han primado, por encima de cualquier otro aspecto.

Está claro que el arte en medicina no se puede perder ni abandonar, puesto que sin él, el resto del sistema no avanzaría, pero es un factor más que debe ser gestionado con los profesionales adecuados. Es el propio sistema el que debe identificarlos, seleccionarlos, cuidarlos y elevarlos a lo más alto del propio sistema.

1.1.2. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA GESTIÓN

Las organizaciones deben crear un frente con el que sentirse identificados y deben establecer una manera de “vida empresarial” que pueda ser generada a través de una cultura empresarial.

La cultura empresarial debe ser lo que identifica nuestra forma de ser como empresa, manifestándose en cómo somos capaces de actuar ante los problemas y oportunidades de gestión y adaptación a los cambios y requerimientos, tanto exteriores como interiores.

Esta cultura de empresa debe ser interiorizada de manera que fueran nuestras propias creencias, las cuales se transmiten y se enseñan a los nuevos miembros de la empresa como una manera de pensar, vivir y actuar.

Uno de los mayores inconvenientes con los que se encuentran las organizaciones a la hora de abordar un proyecto de esta magnitud, es que “la cabeza corre más que los pies”, los responsables de más nivel establecen cambios culturales y objetivos sin contar con la participación del resto de la organización, lo que les hace avanzar con menor seguridad y con más lentitud. Y sobre todo, no como un TODO.

Cuantas veces nos vemos empujados por “modas” y “proyectos” que al poco tiempo de finalizar éstos o al irse de nuestro entorno los promo-

tores de los mismos, solo quedan “restos” que terminan por morirse y desaparecer, al no existir soportes y procesos que garanticen su continuación en el tiempo. Es necesario e imprescindible que todas las personas participen del proyecto empresarial recibiendo toda la formación necesaria que asegure su participación en el mismo.

Para que el funcionamiento de una organización y la ejecución de un proyecto tengan un alto porcentaje de éxito es primordial contar con una serie de principios básicos que nos ayudarán a ello:

- Cuál es nuestro propósito, que debe ser perdurable en el tiempo y plantear una aspiración que dé sentido a la empresa y/u organización. Tanto en la realidad actual como, sobre todo, en la futura. Para orientar nuestras acciones hacia ese propósito, necesitaremos fijar un hito que, siendo también el norte a largo plazo, nos ancle a términos más concretos de tiempo y forma. Por esto que debemos formular nuestra Misión.
- La Misión debe recoger de forma resumida los objetivos a los que nos comprometemos. Traducimos nuestro Propósito en un proyecto tangible y real que hace avanzar a la organización y centrar todos sus esfuerzos. Es una expresión sincera de los deseos que las personas buscan en la organización.
- Los valores son el núcleo de toda cultura empresarial, puesto que caracterizan en un mismo sentido a las personas que forman la organización y nos da las líneas y directrices a seguir en nuestro día a día. Los valores crean un sentido de identidad de nuestra organización.

Si la organización antigua era una máquina, la nueva es una organización viviente en constante adaptación según las necesidades y expectativas de los clientes, TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS, e incluyendo de manera activa en la gestión a los proveedores. No olvidemos que el concepto del cliente interno no está suficientemente “explotado” en la mayoría de las empresas, a pesar de la sencillez del mismo.

Es necesario impulsar el cambio cultural a todos los niveles de la organización si se quiere abordar con cierto grado de éxito una experiencia de

esta envergadura. Como todo cambio cultural, requiere de tiempo para su consolidación, por lo que no es factible dar un salto brusco, sino un conjunto de acciones constantes en una misma dirección. El éxito de cualquier gestión y en definitiva el de la Empresa, depende en gran medida, de las pequeñas mejoras que en gran cantidad y a gran velocidad se pongan en práctica

En una empresa hay que tener claros una serie de elementos, los cuales se consideran necesarios para conseguir un éxito muy probable, y para que los equipos trabajen con la máxima eficacia. Estos elementos relacionados con el comportamiento de las personas son imprescindibles:

- Debemos tener un objetivo común que dé identidad al proyecto: los miembros de un equipo eficaz comparten un objetivo común. Tienen claro cuál es el trabajo del equipo y por qué es importante. Pueden describir lo que el equipo tiene intención de alcanzar. Han desarrollado metas acordadas por todos, que se relacionan claramente con la visión del grupo y con el Propósito, la Misión y los Valores de la Organización a la cual pertenecen.
- Conseguir una clara asunción de tareas y responsabilidades mediante una organización clara: Uno de los aspectos básicos de un equipo es la clara asignación de tareas y responsabilidades. Cada miembro del equipo debe conocer cuáles son sus objetivos individuales que le competen y su situación en la organización.
- No sólo cada persona debe conocer a la perfección sus funciones y responsabilidades, sino también es muy importante que cada persona conozca el trabajo de los que le rodean, puesto que muchas veces la valoración del trabajo del “otro” suele ser infravalorada por desconocimiento, apoyando una filosofía de envidias y luchas departamentales.
- La organización debe articular la participación, el enriquecimiento del trabajo y posibilitar la generación del valor añadido a través de la flexibilidad y polivalencia de sus integrantes. Debemos buscar la transformación de la “carga laboral” en la “responsabilidad en el trabajo”.

- Estar orientados al logro: la actividad del equipo debe diseñarse con voluntad de buscar retos desafiantes y desarrollarse en función de la satisfacción de los clientes tanto internos como externos a los que están dirigidos.
- Los resultados como demostración del trabajo “bien hecho”: evidentemente no podemos considerar eficaz a un equipo de personas si sus resultados no lo demuestran. Para esto es necesario establecer herramientas de gestión que permitan medir la eficacia, la eficiencia y operatividad del trabajo realizado, a través de la medición de los resultados obtenidos.

En definitiva, elementos a resaltar en la gestión de las organizaciones como la propia organización, el cliente y las personas que forman dicha organización, son la base para alcanzar el éxito de la misma a través de sistemas de trabajo que den unos resultados sostenibles y mejorables en el tiempo, puesto que NUNCA la gestión de una organización puede ser un proyecto cortoplacista.

1.1.3. EL CLIENTE Y LA CALIDAD PERCIBIDA

Hasta el momento, hemos estado realizando esfuerzos, en algunos casos excesivos, para mejorar la gestión de nuestra organización. Pero ¿por qué estos esfuerzos?

Por suerte o por desgracia, todo organismo viviente en este mundo (y una organización también lo es), siempre tiene un ser superior que es el que decide la supervivencia o no del mismo. En este caso nos encontramos con un ser superior, “devorador” de empresas y organizaciones, y que como un “emperador” de la Antigua Roma, decide la desaparición o no de estos organismos: EL CLIENTE [10].

Pensemos que el cliente es el que nos exige, es decir, nos hace planificar, nos hace mantener nuestros equipos, comprar materias primas, formar a nuestro personal, investigar, analizar, inspeccionar, etc. En resumen, VIVIMOS PARA Y POR NUESTROS CLIENTES [11].

De la misma manera, y al mismo tiempo, nosotros somos clientes de otras organizaciones e incluso, a veces, de nuestra propia organización y aunque sepamos que en muchas ocasiones el cliente “no tiene la razón”, es un buen ejercicio ponernos en la piel del propio cliente en estos casos.

Las características del entorno comercial actual en los países occidentales viene dada por una serie de aspectos que debemos tener muy en cuenta:

- La oferta de productos y servicios es mayor que la demanda de los mismos.
- Existe gran parecido en los productos y servicios que se ofrecen.
- Los precios son muy similares.
- El posible cliente o comprador recibe una gran cantidad de información acerca de las diferentes ofertas comerciales.

Todo esto provoca que los clientes potenciales tengan numerosas opciones para elegir y que de su decisión dependa el éxito del establecimiento u organización a la que se acude. Todo esto provoca que el mercado sea enormemente competitivo y que para triunfar haya que esforzarse continuamente en conocer lo que valoran nuestros posibles clientes [11].

Además de todos estos aspectos, nos encontramos con que nuestros clientes no sólo tienen mucho donde elegir, sino que además exigen una “calidad” del producto o servicio que buscan. Este es otro de los factores más importantes de compra, el cual está directamente relacionado al mismo tiempo con el precio. Es totalmente cierto que el poder adquisitivo limita las posibilidades y las características de compra.

No podemos ofrecer calidad sin pensar en el precio, ya que con el mismo, limitamos el número de clientes que pueden acceder a nuestros servicios y productos. Por ello veremos que la calidad de un servicio lleva implícitas numerosos elementos y factores que deben contar con el precio de los mismos como un factor determinante más.

¿Quién es el cliente?

Podemos definir al cliente como:

“Toda persona o empresa que busca la satisfacción de una necesidad a través de la adquisición de un producto o servicio”

Pero no debemos quedarnos en que el cliente es una definición; este elemento tan importante de nuestra organización es algo más y debemos intentar conocerlo mejor [12].

Si nos hiciéramos la siguiente pregunta: ¿cuál es la parte más importante de nuestra empresa? deberíamos llegar a una conclusión muy concreta: EL CLIENTE.

El cliente es la razón de cualquier organización. En la actualidad no se puede entender ninguna organización sin que no se tenga en cuenta y presente siempre a los clientes y con ellos, sus necesidades [13].

Tipos de clientes

Como hemos comentado en otros temas, es imprescindible saber qué es lo que quieren nuestros clientes para poder hacer frente a sus requerimientos, pero está claro que antes que este paso, está el identificar perfectamente cuales son nuestros clientes.

En el sector sanitario podemos hablar por un lado de partes interesadas y por otro lo que son clientes propiamente dicho.

Como “partes interesadas”, y tal y como define el propio término, podemos identificar una gran diversidad. Así, nos encontramos que algunos entes que tienen interés en que hagamos las cosas bien y pueden ser: los usuarios, las familias de los posibles usuarios, los políticos, los proveedores, y la sociedad en general.

Ahora bien, si nos centramos en las personas que son usuarios reales y no potenciales de nuestros servicios, podemos distinguir también varios.

Por un lado el propio paciente, será el que reciba directamente el servicio a prestar, y aunque puede parecer que es en el que debemos centra-

lizar todos nuestros esfuerzos, ya veremos cómo no es así.

Lo que sí es cierto es que será el tipo de cliente (paciente) que más incida sobre nuestros procesos y actividades, ya que será el que los reciba directamente. Será, en función de los resultados que obtengamos al trabajar sobre y para él, lo que haga cambiar e introducir mejoras en nuestros procedimientos, procesos y actividades.

En numerosas ocasiones este paciente no viene solo. Con él vienen una serie de personas las cuales podemos englobar en el término de familiares, constituyendo el segundo tipo de clientes que nos podemos encontrar. Podemos pensar en dejarlos fuera de nuestro enfoque por hacer bien las cosas, pero no podemos evitar que también influyan en la opinión que puedan tener posibles usuarios de nuestros servicios. Van a ser unos “jueces” bastante exigentes de las actuaciones que hagamos sobre “sus pacientes”, y en muchas ocasiones las quejas o felicitaciones de nuestro trabajo tienen como origen su opinión.

El “familiar” reclama un trato, una información, un confort, etc., que si bien no son similares a los del paciente sí que son paralelos. En definitiva, tenemos que convencernos de esto. Una prueba cada vez más evidente es cómo numerosos centros hospitalarios, y en concreto de carácter privado, enfocan los recursos tanto a los pacientes, propiamente dicho, como a los acompañantes.

En tercer lugar vamos a comprobar la importancia de un nuevo tipo de cliente, totalmente involucrado en los procesos de algunas organizaciones: los propios profesionales.

Cuando la organización es un laboratorio de análisis clínicos, de patología, pruebas diagnósticas en general, nos encontramos con que en muchas ocasiones la solicitud de los “pedidos” o trabajos a realizar, tienen su origen en los propios profesionales de la salud, pudiendo considerar a los pacientes meros “productos suministrados por el médico” para obtener un producto o resultado [14].

Por ello, este cliente también tiene sus requisitos, y de él también va a depender en gran medida nuestro trabajo. Necesitará unos resultados

claros, en unas condiciones para interpretarlos, con un tiempo de respuesta adecuado, etc.

Sólo pensamos en el profesional sanitario como cliente cuando la organización corresponde a un área o servicio creado de manera independiente a lo que es un complejo hospitalario. Es decir, consideramos a médicos como clientes en los casos de los laboratorios, centros de radiodiagnóstico, etc., se encuentran como centros individuales, pero debemos pensar que el papel, aunque en otras condiciones, es el mismo dentro de un complejo hospitalario, y de la misma manera que consideramos clientes externos a los profesionales sanitarios, si lo observamos desde el punto de vista de gestión global de un hospital, deberemos tratarlos como clientes internos.

Otro tipo de clientes son los organismos públicos. Puede parecer un poco extraño, pero cuando un paciente va a una clínica de hemodiálisis, o se le adjudica una plaza en una residencia acreditada por concierto, centro de día o servicio de tele-asistencia, o cuando en una clínica privada se ejecuta la lista de espera en una cirugía determinada, tenemos que pensar que el cliente directo es el organismo que nos requiere ese trabajo.

Con esto no queremos darle más importancia, pero sí que lo tengamos en cuenta al estudiar nuestros posibles clientes así como sus requisitos.

Por último, identificaremos a las compañías aseguradoras u otros clientes. Hacen, en algunos casos, un papel similar a la de los organismos públicos, pero con sus peculiaridades. No tienen nada que ver, pero puede ser una comparativa interesante para entender que ellos también tienen sus requisitos y necesidades, y que debemos integrarlos en los intereses de nuestra organización.

Las conclusiones a las que debemos llegar, es que nuestra organización no vive de un único tipo de cliente, por lo que debemos investigar y analizar quienes son receptores de nuestros servicios, o quienes son susceptibles de serlo.

Por último, no pensemos que todos los clientes exigen los mismos requisitos, ya que los intereses de todos ellos serán diferentes en base a su naturaleza e implicación en nuestros procesos.

Evolución de los clientes sanitarios

Podemos pensar en muchas cosas que han cambiado en el mundo sanitario: conocimientos, técnicas, equipos, investigación, recursos, etc. pero existe un elemento que es el que verdaderamente ha hecho cambiar, no sólo el mundo sanitario, sino cualquier tipo de organización: EL CLIENTE.

Todo lo arreglamos a su medida, y si las medidas de nuestro cliente cambian, nosotros también.

Pensemos en los primeros sanadores, eran tan importantes o aún más que los propios jefes de las tribus o los reyes, siendo aquello que salía por su boca algo tan importante para todo el mundo como las decisiones, más o menos, de un dios.

Pero no hace falta irse tan lejos para ver cómo ha cambiado la situación y la profesión de un médico en los últimos 50 años.

En los pueblos, podemos decir, que existían cuatro figuras de las cuales dependían todos los demás: el alcalde, el juez de paz, el cura y el médico.

Estas personas no trabajaban, hacían favores a la gente y a cambio se les remuneraba con lo que uno tuviera en sus manos, a pesar de que nunca era suficiente para agradecer tanto esfuerzo: “¡nos está curando el doctor!, y si no nos cura, es que Dios lo ha querido así.”

Hoy en día, por suerte o desgracia, la filosofía del cliente ha cambiado mucho. Para empezar ya no es un paciente, es un cliente que puede ser paciente, familia, administración, etc. y que tienen exigencias muy diferentes.

El médico ha tenido que ir evolucionando, no sólo en relación a las nuevas técnicas y tecnologías de la salud, sino también en el enfoque que ha de tener con cada uno de los clientes a los que se enfrenta. Son numerosos los ejemplos que podemos tener en relación a cómo ha cambiado la filosofía:

...“Yo tengo derecho a una sanidad buena y de calidad”...

...“Quiero la cita cuando a mí me venga bien”...

...“Mis resultados deben estar en poco tiempo”...

...“El sanitario debe ser educado”...

...“En sanitario debe informarme”...

...“El sanitario debe procurar no fallar”...

...“Quiero que me vea el doctor “x””...

Etc.

Y lo mejor o peor, según se mire, es que la inercia no tiene previsiones de parar, por lo que debemos acoplarnos a lo que la sociedad nos pida si queremos sobrevivir en el mercado, tal y como se encuentran hoy en día las circunstancias.

Quizás hayamos exagerado un poco la situación, pero si lo unimos a otros factores, sociales, económicos, laborales, etc. podemos asegurar que son muchas las cosas a las cuales el sanitario debe enfocar todos sus esfuerzos por adaptar o cambiar.

Por otro lado nos encontramos con un sector excesivamente politizado y con una gran cantidad de intereses sociales, con lo que en muchas ocasiones, si bien en la teoría esto no debería ser así, dificulta el éxito de los modelos más comunes de gestión.

A pesar de todo lo anteriormente dicho, pensemos en una gestión enfocada a realizar correctamente nuestro trabajo dando cumplimiento a la evolución de las necesidades de los clientes, y pensemos que esta gestión, no sólo tiene que ir enfocada al cumplimiento estricto de los requisitos, sean cuales sean estos. Debemos tener elementos en nuestra gestión que nos ayuden a “educar” a nuestros clientes en relación a los servicios que prestamos, puesto que dadas las características de este tipo de servicios, la mala gestión puede tener su causa en una mala utilización de los mismos por el propio cliente.

Pensemos en todas las posibilidades de mejora relacionadas con la satisfacción del cliente así como en su insatisfacción, utilizando dicha información como *inputs* importantes de la gestión y desarrollo de nuestros procesos.

Información del cliente: satisfacción e insatisfacción

Si nos hemos preocupado tanto por el tipo de clientes que tenemos y por conocer sus requisitos, debemos también conocer cuál es la opinión que le merecemos a los mismos una vez que han recibido nuestros servicios [13].

Además, como hemos comentado, el cliente evoluciona, y podemos quedarnos obsoletos en lo que a sus requerimientos se refiere. Es decir, hemos comenzado el camino de nunca llegar y mucho menos descansar o acabar.

Pensemos que uno de los motivos por lo que las empresas “dinosaurios” mueren y se convierten en “petróleo” que es aprovechado por otras, radica en los “descansos” por saber las necesidades de nuestros clientes.

Por lo tanto la conclusión a la que llegamos es que debemos tener sistemáticas que nos den información sobre lo que los clientes opinan de nosotros.

Para ello hemos elegido dos clases de información muy diferente:

- Información de satisfacción.
- Información de insatisfacción.

El primero de los dos tipos es el conocido y amparado, comúnmente por una herramienta conocida como “encuestas de satisfacción”. Mientras que el segundo es lo que se conoce como “quejas y reclamaciones”.

En la **tabla 1-1** podemos ver una serie de características y diferencias entre estos dos tipos de información [15].

Como podemos observar, son poco semejantes ambas herramientas de información, por lo que los argumentos tales como “mis clientes están muy satisfechos porque no reclaman”, no son válidos.

SATISFACCIÓN	INSATISFACCIÓN
Información sobre cómo el cliente percibe nuestro trabajo	La percepción normalmente es siempre mala
Suelen hacerse con carácter de muestra	Suelen ser concretas sobre una actividad
Preguntamos lo que nos interesa saber	No pedimos la información, se nos da
Generalmente no identifican la prestación de un servicio puntual	Identifican de manera puntual la actuación
Pueden darnos información de procesos completos	Dan información de una actuación en un momento determinado
Valoran globalidades	No valoran nada por sí solas
La manipulación de la información es muy fácil	La información suele ser más objetiva
Generan el surgimiento de actuaciones generalmente preventivas o mejoras	Las actuaciones a seguir son correctivas
El cliente no requiere contestación	El cliente exige una solución
Etc.	Etc.

Tabla 1-1. Diferencias entre la información de la satisfacción e insatisfacción.

No porque una organización tenga más o menos reclamaciones es mejor ni da más satisfacción. Y por supuesto ninguna empresa que presente un mayor número de reclamaciones es peor en su funcionamiento que las demás. Es más, podemos entender que en ocasiones ponemos barreras a que nos llegue este tipo de información y por eso no contamos con quejas y reclamaciones.

Pensemos en la utilidad de estas dos herramientas y en el objetivo de su desarrollo. Igual que hacemos esfuerzos por gestionar un proceso de compras con el fin de no malgastar el dinero y obtener una rentabilidad, pensemos que disponer de medios para medir la satisfacción, así como para tramitar y gestionar reclamaciones, también necesita recursos monetarios, por lo que deberíamos buscar también una rentabilidad.

SATISFACCIÓN

Este proceso tiene como objetivo saber cuál es la percepción de nuestra organización por parte de los clientes. Lo primero que debemos tener

claro es qué tipo y por qué información debemos preguntar y nos interesa saber. Por ejemplo, una encuesta en donde preguntamos aquellas cosas de las cuales somos conscientes de ser los mejores, no nos aportará mucha información para mejorar.

En segundo lugar la información que nos interesa es diferente en función del cliente al que le vayamos a preguntar:

- El paciente se interesa por la amabilidad, confort, procesos asistenciales directos, comida, etc.
- El familiar por información, trato, comodidades y deferencias hacia él, etc.
- El médico por fiabilidad de resultados, informe, volante a usar, rapidez, etc.
- La aseguradora por facturas, tramitación administrativa, recursos, etc.
- Etc.

Debido a esto, una herramienta tan utilizada como las encuestas no siempre es la más eficaz.

Como consecuencia de esto debemos también investigar la manera de obtener la información del grado de satisfacción, si el método no resulta agradable al cliente, la información que se recopile no será fiable. Por ejemplo, además de encuestas se pueden utilizar entrevistas, grupos focales, reuniones, etc.

Por último, un vez que hayamos recopilado la información, ésta debe ser utilizada de la manera más óptima posible. Ese es su fin, y nos debe dar directrices para llevar adelante los cambios y mejoras de la organización. Debemos poder establecer acciones de mejora planificadas que nos den resultados en la gestión de la organización.

Pensemos que, haciendo referencia al tema de “Procesos en una organización sanitaria”, los datos que obtengamos derivados de mediciones totalmente objetivas de nuestros procesos y actividades, no tienen por qué ser percibidos de la misma manera por nuestros clientes. Por ejemplo, podemos medir el tiempo medio de lista de espera para una artroscopia de rodilla mediante el dato objetivo obteniendo un valor de “x”, el cual hemos adjetivado como muy bueno, sin embargo podemos preguntar a nuestro clientes que les parece este tiempo de espera en relación a ese proceso y decirnos que es excesivo.

Es por esto que todos los modelos de gestión nos exigen medir esta información del grado de satisfacción, ya que es otra fuente de información que debemos contrastar con la que nosotros disponemos para guiar el “barco” de nuestra organización.

INSATISFACCIÓN

Por otro lado, en las organizaciones, existe otra entrada para la información que se recibe por parte de los clientes.

En este caso no hablamos de una información global, y tampoco del grado de aceptabilidad de los clientes más o menos de una manera genérica.

Aquí nos encontraremos con las quejas o reclamaciones. Podemos considerar que las reclamaciones son fallos de nuestro sistema de gestión

que tienen una peculiaridad bastante peligrosa para la organización: son detectadas por un cliente.

De manera general suelen dar situaciones de descontento de un cliente por un hecho determinado, pero tienen un elemento determinante: el cliente puede considerar nuestro servicio como muy bueno, pero el hecho puntual por el que reclama puede tirar por tierra toda esa buena percepción.

Este tipo de información tan peligrosa puede hacer que perdamos a un cliente que nos ha costado años en fidelizar, en un solo segundo. Y lo que puede ser peor, que este mismo cliente pueda arrastrar a alguno más.

Las organizaciones suelen tener bastante miedo ha recibir reclamaciones de sus clientes, se considera un elemento tabú sobre el cual, cualquier entidad o persona se puede apoyar para decirnos que somos “malos”.

Pues bien, no debemos olvidar que son una herramienta para detectar y arreglar problemas, así como fidelizar a una gran cantidad de clientes.

Para ello debemos saber, al igual que otras disciplinas de la organización, cómo gestionar estas quejas o reclamaciones.

En primer lugar, debemos saber aceptarlas dando facilidades para ello. El cliente debe saber, que es interesante para nosotros que nos digan en qué cosas no funcionamos bien, y que ponemos interés en que no vuelvan a pasar.

Resaltaremos esta frase anterior: “que no vuelvan a pasar”. Uno de los grandes errores de las organizaciones es no tener como bandera esta frase, quedándose normalmente en el tratamiento o arreglo de cada una de las reclamaciones, dejando, y no siempre medio contento al cliente que ha escrito la reclamación, sin pensar que eso mismo vuelva a pasar con otros clientes.

Debemos pensar que:

“Un error se corrige cuando no vuelve a suceder lo mismo por la misma causa, todo lo demás es reparar o tratar un problema”.

En definitiva, no debemos utilizar estas herra-

mientas para nuestro interés, pensando que éste es ocultar aquellas cosas que podemos mejorar.

La información del grado de satisfacción debe poder hacernos comparar los resultados objetivos de nuestro trabajo, con la opinión subjetiva de nuestro cliente.

De la misma manera las quejas y reclamaciones deben identificarnos aquellos problemas que no hemos sido capaces de detectar nosotros, pensando que es bueno que se hayan detectado, y actuando de manera que no vuelvan a ocurrir.

1.1.4. EL CLIENTE EN SANIDAD

Tal y como podemos observar en todo los modelos, comentarios, análisis, etc., que se refieren a la importancia de la calidad de una organización, tienen en cuenta al cliente como pilar fundamental de la gestión de las organizaciones.

Siguiendo mis propias reflexiones y opiniones sobre lo que los clientes son y cómo deben entenderse en el seno de las organizaciones, considero que el centro de atención de cualquier organización y la base de su gestión debe estar centrada, de manera real, no como sucede actualmente en el sector sanitario, en el cliente.

Las organizaciones que han alcanzado éxitos y continuidad a lo largo de la historia no nos dejan dudas de que han sido aquellas que han puesto su Misión a merced de lo que sus clientes demandaban. Con el tiempo y debido a la gran cantidad de oferta en relación a productos y servicios las organizaciones incluso han tenido que establecer procesos de identificación y selección de clientes, pero una vez aclarado este concepto, lo han dado todo por ellos, y por su evolución, siempre paralela a la evolución del propio cliente.

Estas organizaciones en el trato, servicio y atención presente y futura con sus clientes, han sido capaz de sustituir ciertos términos, expresiones y conceptos. Por ejemplo, servidumbre por atención; educación del cliente por información; información del cliente que nos habla con ignorancia de lo que nosotros conocemos por oportunidad de negocio; control y manejo sobre el cliente por oportunidad de venta, etc.

Dentro del sector sanitario, seguimos pensando que lo más importante, por este orden, y siempre en mi opinión, en la gestión de nuestras empresas, y con más énfasis si cabe en el sector público, está:

1. Los profesionales.
2. La organización.
3. El paciente (ni siquiera pensamos en un cliente potencial global).

Pues bien, debemos entender que los trabajadores de una organización no lo son sin la propia organización, y que una organización no es necesaria su existencia si no sirve para dar respuesta a la demanda de sus clientes. Si ponemos el orden que debería ser para comenzar a forjar los primeros cimientos del éxito de una organización, este sería:

1. El cliente (todos los potenciales y reales)
2. La organización
3. El resto de recursos necesarios para llevar a cabo las demandas de los clientes a través de la gestión eficiente de la organización (P.e. los profesionales).

Sería muy fácil rebatir lo descrito anteriormente puesto que todo lo que podemos oír desde los ámbitos profesionales del sector sanitario, ámbito político, etc., coinciden más en esta segunda parte que en la primera, pero, la realidad nos da suficientes muestras de que esto no es así.

Ejemplos varios:

- Un cliente puede esperar en la puerta de la consulta lo que sea necesario, si el que espera es el profesional, es un insulto a su tiempo malgastado.
- Una desprogramación Qx debe ser asumida por un cliente como algo normal (aunque sea una ausencia de planificación, o falta de personal por falta de peonadas), pero un paciente debe pagar las consecuencias pasando a listas de esperas más largas si anula su Qx.
- La proporción de metros cuadrados para salas de estar de personal de profesionales va aumentando en proporción a las salas de espera. Sin hablar de las comodidades de éstas.
- La organización departamental de las áreas y

servicios de un centro sanitario está por encima de la comodidad y facilidades de gestión de un cliente.

- Los clientes (pacientes) son “manejados”. En cualquier sector que no sea sanitario, hablar de manejar a un cliente es algo despectivo. En cualquier otro sector ni se manipula ni se maneja, se atiende.
- La atención en el sector sanitario generalmente depende del profesional que te toque, no del sistema ni de la organización.

Es evidente, que no todo lo que sucede es así, pero en mi pensamiento tengo claro que la generalización de estos ejemplos sirve para que, si estamos convencidos de que esto pasa, más o menos de forma habitual, por una deficiencia de la calidad y la gestión de la atención sanitaria, podremos mejorar y solventar muchos problemas de las organizaciones sanitarias.

En resumen, y como veremos a continuación, debemos entender quiénes son nuestros clientes, qué expectativas tienen y desean, y traducir esto en requisitos de nuestro servicio y atención. Lo primero es el cliente, y lo segundo, todo lo demás.

1.1.5. ¿QUÉ SUPONE ESTAR VERDADERAMENTE CENTRADO EN EL CLIENTE?

Estar verdaderamente enfocado al cliente supone dar cumplimiento a lo que podríamos llamar los **5 puntos del “no fracaso”**, porque el éxito no lo asegura nada, pero el equilibrio sí [10]:

1. Identificarle y conocerle.
2. Preguntarle y escucharle.
3. Dar solución a sus demandas, y si es posible aumentar sus expectativas.
4. Conocer su percepción.
5. Seguir su evolución y cambio.

Cuando hablamos en estos términos descritos de lo que supondría estar enfocado en los clientes, en el sector sanitario suele salir el fantasma de “atacando la dignidad y el conocimiento del profesional sanitario”, de la “servidumbre”, de la “demostración de valía”, del “control sobre las actividades”.

La primera parte para poder estar enfocado verdaderamente a nuestros clientes, es saber con total seguridad cuales son nuestros clientes. Un centro sanitario puede tener como diferentes tipo de clientes a pacientes, pero también a familiares o acompañantes, pero otros profesionales de otros centros pueden ser clientes, otras empresas también pueden ser clientes, y si queremos también podemos entrar a valorar los clientes internos entre procesos de una organización.

Siempre pensamos en el paciente como único cliente, y no nos damos cuenta que nuestros servicios puede ser potencialmente recibidos por numerosos tipos de clientes diferentes, incluso más importante, que hacemos diferentes cosas y prestamos diferentes servicios en función del cliente que tengamos delante.

Para conocerle es necesario que lo estudiemos y pensemos desde nuestro punto de vista cuáles son las necesidades que puede tener en relación a nuestra organización, y si creemos que podemos dar respuesta a sus demandas.

Para poder conocerle no sólo desde el punto de vista interno, y caer en pensar que son necesidades del cliente cuestiones que posteriormente no lo son, es imprescindible preguntarle. Qué es lo que espera de nosotros, qué cuestiones son las más importantes para él [16].

Nuestra visión es diferente, en ubicación, en conocimiento, en aprendizaje, en información, y lo más importante, nosotros prestamos el servicio, no lo recibimos, cuestión que olvidamos muy a menudo en un sector que no provee de servicios de ocio ni bienestar inmediato, incluso a veces nunca.

Importante es preguntar, pero mucho más es escuchar. En este momento es cuando podemos saber lo que esperan de nosotros.

Pero en este punto tenemos el mayor riesgo de fracaso, juzgar y calificar lo que los clientes nos dicen. Lo que para nosotros puede ser una nimiedad, no tiene por qué serlo para el cliente, y habrá que gestionarlo adecuadamente

(1.- No estamos diciendo que haya que cumplir con todo lo que nos dicen, sino que hay que gestionarlo para que el beneficiado y satisfecho sea el cliente).

Una vez que tenemos claro qué debemos dar, entramos en la gestión y organización de una empresa para demostrar la capacidad de dar cumplimiento a estas necesidades [11].

Es cuando debe entrar el mecanismo de la gestión, los recursos, las personas, etc., para realizar la combinación perfecta entre lo que los clientes esperan y lo que nuestro conocimiento les puede aportar.

Hoy en día las organizaciones no luchan por cumplir los requisitos de sus clientes, sino por aumentar las expectativas en relación a estos requisitos, puesto que como veremos más adelante la satisfacción de los clientes es en realidad una medición de la percepción de estos, independientemente de lo bien que hayamos desarrollado nuestro trabajo.

1.1.6. ¿GESTIÓN PÚBLICA O GESTIÓN PRIVADA?

El debate de la gestión pública o privada de los hospitales y recursos sanitarios públicos ha estado, está y seguirá estando en todos los foros y ámbitos y no podemos decir, que con la situación actual no nos encontremos en un momento adecuado para hacernos esta pregunta.

Mi opinión personal es que NO creo que exista una diferencia entre “gestión pública” y “gestión privada”. Creo que “la gestión está inventada”, y que las herramientas de gestión por lo tanto están ahí y son comunes para todos. Considero que en el sector sanitario intentamos inventar “la rueda” todos los días, haciendo e implantando aspectos de gestión, que no tienen nada que ver con los ya validados y utilizados por todos los otros sectores.

No conozco la existencia de Masters de Gestión de RRHH para empresas públicas y otros para empresas privadas; o para empresas sanitarias y no sanitarias, no veo que un sistema de cálculo de costes o de amortizaciones sea diferente cuando hablamos de una empresa privada y de una pública, y así creo que podríamos poner bastantes ejemplos. Incluso cuando veo temas de gestión que se diferencian, al final lo que hace esta diferencia son los ejemplos y casos concretos, no el

uso de las herramientas de gestión [17].

Lo que sí considero que son diferentes son las **ORGANIZACIONES**. Por eso tenemos empresas u organizaciones públicas y otras de carácter privado, que por lo tanto tienen objetivos diferentes, pero que deberían utilizar las **MISMAS** herramientas de gestión, con diferentes fines.

Ahora bien, ¿qué pasa cuando queremos dar y tener unos objetivos públicos, a través de un recurso privado? Podemos decir que esta es la situación que se está discutiendo con el tema de la privatización. Ya tenemos múltiples ejemplos de que esto se ha realizado, porque al final no deja de ser una herramienta de gestión: subcontratación de servicios.

Hemos visto en los hospitales públicos como se ha optado por subcontratar muchos servicios: limpieza, lavandería, mantenimiento, cocinas, almacenes, etc. Esto se ha realizado por uso de herramientas de gestión que nos han dicho que es más eficiente estos procesos de externalización. Se ha controlado “bien” el servicio que se exigía, y si cumplía los objetivos del mismo (públicos) todo estaba bien, y todos estábamos de acuerdo. El hecho principal no debía ser que esto lo llevara a cabo una empresa privada, es que el orden y la organización había cambiado [18].

Luego de esto, hemos comenzado con otras áreas, que aunque se han resistido, no han tenido la suficiente fuerza para frenar la propuesta: laboratorios, Rx, personal de enfermería y auxiliar, etc.

El problema actual es que no seguimos poco a poco, sino que las circunstancias pueden obligar a pasar al “TODO”, y en este “TODO” ya son muchas cosas que entran con demasiado fuerza (facultativos y médicos, enfermería, políticos, muchos intereses e incluso los edificios).

Considero que no pasa nada si se gestiona bien (como siempre: gestión, gestión y gestión...).

La empresa pública establecerá cuales son las condiciones del servicio que se debe prestar, que no tendría por qué variar con lo que se venía haciendo hasta la fecha, y la empresa privada estudiará la viabilidad del servicio y su rentabilidad

(como es normal). Una vez que esto esté claro, el papel de la administración debe ser el CONTROL de que se cumplan las cuestiones de cara al usuario, y aquí veo el gran problema: en el sector sanitario público español no estamos muy bien acostumbrados a un buen control, ni para recibirlo, ni para hacerlo, y cuando se consigue hacer, las decisiones que solucionan los problemas, no son “políticamente correctas”. Por otro lado, las especificaciones de los servicios a controlar son de cara al usuario, no al profesional...

Ahora bien, existe un problema que puede hacer que la entrada de una empresa privada en la gestión de una empresa pública condicione algo que considero no se debe perder, sobre todo hablando de la salud de las personas. Está claro que una empresa privada que entra a gestionar un centro sanitario público, lo hace por que como hemos dicho, ve una rentabilidad, pero: ¿a costa de qué sacará esa rentabilidad?

Esa es la gran pregunta y el porqué de la necesidad en estos casos de establecer un control muy exhaustivo, sobre todo en la parte más asistencial de la gestión de un centro público por una empresa privada.

Es factible y entendible si mi beneficio lo obtengo de una optimización de profesionales, siempre que la cartera de servicios establecida esté cubierta, o por el consumo de materiales, o amortización de equipos, etc., pero hay una línea muy difícil de entender en ciertos casos, por ejemplo en la elección de ciertos tratamientos por ser experimentales, o por no tener una eficacia lo suficientemente probada, etc. En estos casos, ¿no se va a considerar el no usar o gastar dinero en el recurso si su probabilidad de éxito es muy baja?

Lo que está claro es que son muchos los aspectos que hay que mejorar en la gestión de los hospitales públicos y que no se puede hacer nada con los procedimientos legales que se han establecido a todos los niveles, y que sí se podrían solucionar con un adecuado uso de la gestión.

- **Recursos Humanos.** ¿Puedo actualmente en un hospital público tener la flexibilidad necesaria para adecuar mi personal a las necesidades reales en cada momento, y así no

tener plantillas sobre-dimensionadas? ¿Puedo mover, cambiar, o tomar decisiones que estén enfocadas al cliente y a la organización, pero que incomoden al trabajador (la definición de incomodar es muy amplia)? ¿Por qué los beneficios son “pan para todos” y no asociados a sistemas de beneficios y productividad reales? ¿Puedo hacer diferencias entre personas que rinden de manera diferente? ¿Puedo elegir al mejor en cada actividad? ¿Puedo quitar al que no sólo no rinde, si no que da problemas?

- **Recursos materiales.** ¿Puedo establecer sistemas que me aseguren un correcto uso de los recursos, la elección de lo mejor en cada caso? ¿Qué acciones puedo tomar si esto no es así? ¿Puedo comprar pensando en los próximos 20 años, o sólo en los cuatro siguientes? ¿Quién y cómo compramos?
- **Recursos económicos.** ¿Qué pasa si este año soy un buen “gestor” y uso un menor porcentaje de mi presupuesto asignado, dando un mejor servicio que el de “al lado”? Si la eficiencia es relacionar lo que hago con su coste ¿por qué solo hablamos de “datos asistenciales eficientes”? y cuando hablamos de datos económicos ¿porqué lo hacemos o en estudios concretos y puntuales o a niveles macro?
- **Actividad asistencial y no asistencial.** ¿Por qué hacer más es mejor? ¿Por qué si sé que hay cuestiones innecesarias las sigo haciendo?
- **Medicamentos.** El tema de nunca acabar...
- Inmigrantes, pacientes que usan mal el sistema, etc. Otro más a quién culpar...
- **Transporte sanitario.** Para todos y a donde sea...
- **Guardias de profesionales.** Para todos y donde sea...
- **Hospitales y centros de salud.** Para todos y donde sea...
- **Peonadas.** Para penalizar al más productivo...
- **Carrera profesional.** Para todos.....
- **Cursos y formación.** Para la carrera profesional... y luego ya veré si aprendo.
- **Investigación, innovación y desarrollo.** Don-

de menos te lo esperas...

- **Intereses Políticos.** Demasiadas personas con intereses “cortoplacistas” en una organización con intereses a muy largo plazo.
- **Vacaciones.** y LD, Moscosos, etc. y AA, EA, ESP,... casi como un coche nuevo.
- Etc.

Todos estos aspectos y muchos más hay que mejorarlos, pero lo que sí tengo claro es que a nivel público no es posible hoy en día porque la forma de utilizar las herramientas de gestión es obsoleta e inhábil y no hay disposición al cambio. Ahí está la justificación de la externalización de TODOS los servicios: “otros harán lo que yo no puedo hacer dentro de mis posibilidades”.

Soy un fiel defensor de un sistema sanitario público, de la universalidad de la atención y de los servicios, de que nadie con un hilo de vida pueda estar desahuciado (he visto y veo como esto pasa en otros países), y que ningún paciente tenga que preocuparse de si los medios que tiene nuestro país están a su disposición, pero esto debe ser sostenible en el tiempo.

Estamos saliendo a las calles a protestar por los “recortes”, ¿de quién y hacia quién? (Posiblemente esta pregunta la responda otro día).

Sólo una reflexión, ¿por qué una empresa privada, que busca la rentabilidad, es capaz de aceptar unos 700 euros por habitante y aceptar la gestión de un hospital público, cuando lo que se gasta a nivel sistema público es 1400 euros/Hab. y seguimos diciendo que es “poco” en comparación con otros países? ¿No será que hemos estado derrochando el dinero en algunos temas? Una de las múltiples respuestas será los recortes en el servicio que dan estas empresas, pero yo no veo a los habitantes de estas zonas en donde están hospitales con este sistema, que se mueran o estén peor atendidos que en otras áreas. Si las cosas se hacen con sentido común los problemas no pueden ser mayores que en otras circunstancias.

Si los verdaderos gestores de las organizaciones sanitarias públicas pudieran tomar las decisiones necesarias en bien del usuario y del propio sistema, la decisión de externalizar por completo el servicio, posiblemente no sería necesario, al menos de momento.

Todos somos culpables de esta situación, y hay que darle una solución, y esta no pasa por “no cambiar” nada. Posiblemente los cambios que se plantean ahora por parte de los profesionales puedan ser efectivos, pero habría que haberlo hecho antes. Ahora toca que los que tienen la responsabilidad decidan y, lo más importante, se ejecuten las decisiones y las hagan con coherencia, y sean consecuentes si no funcionan.

Arrastramos un problema que no habíamos sentido pero que estaba ahí, y antes o después aparecería, y ahora estamos recortando como medida urgente, pero si no hacemos un cambio de modelo, de mentalidad... de gestión, no conseguiremos nada.

En conclusión, o conseguimos que la gestión de los centros públicos se empiece a parecer a la gestión de las empresas privadas, sin entrar en la necesidad de ser rentable ni ganar dinero, o por el contrario veremos cómo nuestros hospitales públicos serán absorbidos por empresas privadas que harán un negocio de la salud de todas las personas. Está claro que un sistema de salud público es complicado (no imposible) hacerlo rentable, pero sí que debe ser obligatorio hacerlo sostenible en el tiempo.

1.1.7. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS MODELOS DE GESTIÓN SANITARIOS

El ejemplo de España está claro, tiene un gran sistema sanitario, bueno, más que un buen sistema sanitario, lo que tiene es una gran tecnología, unos buenos profesionales, unas grandes y cuantiosas instalaciones, es decir, España tiene una gran cantidad de recursos destinados a la atención sanitaria, y eso la hace maravillosa.

Ahora bien, ¿esta disposición de recursos tan cuantiosos y valiosos está relacionado con la atención y el servicio que se ha dado? dicho de otra manera, ¿no se podía haber dado un servicio similar o incluso mejor, si se hubieran optimizado y gestionado mejor la disponibilidad de todos estos recursos? En mi opinión **SI**.

Voy a intentar no relacionar mi explicación con la política, ni con los partidos políticos, aunque está claro que son los que ejecutan todas las ac-

tuaciones en sanidad y eso ya es un problema.

Cuando en el año 2002 se produjeron las “transferencias sanitarias” a las Comunidades Autónomas en España, se consiguió que los recursos sanitarios llegaran a lugares donde no existía prácticamente nada, así se consiguió que comunidades históricamente “pobres” consiguieran tener unos buenos recursos sanitarios, pero esto supuso un gran primer problema: como casi siempre en España, nos “pasamos de frenada”.

Desde ese año 2002 hasta que comenzó la crisis, el hecho de “invertir” en sanidad era un filón de todo, para todos (dinero, votos, prestigio, posición, etc.). La construcción de centros sanitarios, hospitales, contratación de profesionales, equipamiento, coberturas, asignación de derechos a los profesionales sanitarios, etc., todo esto sin control era el fin que justificaba cualquier medio [19].

Lo peor no fue generar esta “riqueza”, sino que no sirvió para establecer un control y un hito en la gestión sanitaria que hubiera hecho que, con un poco de sentido común todo hubiera sido mucho mejor para todas las partes, al menos para las partes “honradas”. La conclusión es que este momento no sirvió para **CAMBIAR EL MODELO DE GESTIÓN**.

“Año 2011 de la era moderna”

La crisis mundial está en su situación más peligrosa. Nos encontramos en un momento en el que no hay recursos, y no sólo no hay recursos, es que los que existen no se pueden mantener. Ahora el reloj tiene que ir al contrario, y “donde puse” tengo que quitar.

“Sobran” centros de salud, hospitales, equipamiento, profesionales, e incluso pacientes, y la

medida más rápida es el RECORTE. ¿Es razonable? No lo sé, posiblemente si o quizás no. ¿De quién es la culpa? ¿Quiénes son los responsables? ¿Es que no hay alternativas? [20].

Todas estas preguntas tienen respuestas diferentes según quién las contesten, pero hay que tener claras las cosas: el que menos culpa tiene es el paciente, el usuario, el cliente, y es el que lo ha estado pagando, y además ha sido “utilizado” en todas las reivindicaciones de todas las partes, que en mi opinión, sí tienen la culpa.

Seguramente cuando estábamos en tempos de “vacas gordas”, estaba justificado el gastar y gastar sin control, y ahora, quizás los recortes también están justificados. Pero lo que no está justificado en ningún caso, es que el MODELO DE GESTIÓN SIGUE SIN CAMBIARSE, en ninguno de los casos, y mientras esto no suceda, los ciclos serán igual de negativos siempre para el usuario y la sociedad, con dinero y sin dinero, gastando o recortando.

Hemos trabajado sobre modelos de gestión sanitaria, donde, como ya hemos comentado, el centro del mismo no es el usuario, sino el profesional; donde lo importante no son los resultados transparentes, sino la imagen de los números, donde la adquisición de tecnología no es un medio, sino un fin; donde los organigramas son pirámides invertidas; donde pensamos que la “organización” no es posible sin el resto, sin pensar que si la organización no existe, nosotros tampoco; donde creemos que las partes son más importantes que el todo, donde el individuo sólo responde a sus propios intereses, etc. En conclusión, hemos sido capaces de hacer con los recursos públicos, lo que no haríamos jamás con nuestros propios recursos.

2. JUSTIFICACIÓN

La justificación a un proyecto como este, en el que nos basamos en la implantación de un modelo de gestión hospitalario, podría resumirse en una sencilla reflexión: necesidad de cambio.

Desde que comencé a familiarizarme con la gestión sanitaria como un objetivo laboral, en el año 1998, día tras día he podido escuchar desde numerosas fuentes continuas críticas a la gestión de los recursos sanitarios, y en concreto a la gestión de los centros sanitarios públicos.

Sí que es cierto el cambio tan positivo que se ha generado en la asistencia sanitaria pública en los últimos cuarenta años, sobre todo desde dos puntos de vista: los recursos técnicos y equipamiento, y la formación y cualificación de los profesionales. No obstante, esta evolución no ha sido tan positiva en otros aspectos de los sistemas de salud y sus centros como es la gestión y la organización de los mismos.

Nunca un avance tan grande en medios tecnológicos, equipamiento e infraestructura debía haberse realizado sin un paralelismo en organización y gestión, que además hubiera sido la base para justificar su uso y su incorporación al sistema.

La gestión y la parte organizativa siempre han tenido en un papel secundario, y de “servilismo” respecto de la atención, incluso en ocasiones se han observado estas disciplinas como barreras

y “enemigos” de la propia asistencia. Aunque podamos justificar este comportamiento, entendiendo que lo importante era la atención de los pacientes, nunca, ninguna empresa, negocio o desarrollo de producto ha tenido éxito a largo plazo, si no se ha compatibilizado de manera lógica los diferentes aspectos “empresariales” (avance tecnológico y gestión corporativa) hasta su llegada al cliente final.

Por otro lado, si este aspecto en las organizaciones privadas tuvo su repercusión, se ha ido solucionando de manera progresiva. Por el contrario, en el sector público se han ido creando ambientes y escenarios a través de disposiciones legislativas, que están haciendo mucho más difícil la posibilidad de abordar este cambio.

La gestión, tal y como yo la entiendo, debe ser imaginación, magia, coherencia, ética y moral, por lo que todo aquello que pueda poner obstáculos y cerrar ciertas posibilidades de mejora, va en contra de cualquier posibilidad de cambio que perfeccione lo existente. Como ejemplo que se suele utilizar en todos los foros actualmente, tenemos la gestión de las personas, donde las leyes proteccionistas de los profesionales y sus condiciones laborales han ido en contra de cualquier coherencia y sostenibilidad del sistema sanitario público.

Por todo esto, es necesario que la gestión sani-

taria avance a contrarreloj, para equipararse en modernización e innovación a otros aspectos de la gestión.

Por otro lado, sí que existen numerosos debates sobre las posibilidades de cambio en los sistemas sanitarios, y si bien hay que reconocer que esto es un punto muy importante, en mi opinión, creo que el inicio y lo verdaderamente importante es el cambio de los modelos a nivel de “microgestión”. Es decir, está muy bien cambiar las políticas a nivel nacional en muchos de los aspectos que a nivel macro rodean la gestión del sistema de salud, pero eso puede llegar a cambiarse también si se atacan formas de trabajo y organización a niveles básicos del día a día.

Si yo he realizado una mejora pequeña en un centro hospitalario, la cual voy extendiendo poco a poco al resto de centros hospitalarios, al final puede que haya conseguido esa mejora en todos los hospitales del país, por lo que la repercusión de una medida a nivel micro, termina por influir a nivel macro.

Es por esto que la idea que se plantea en este proyecto está sobre todo fundamentada en la gestión a nivel de los centros hospitalarios y a nivel de lo que un Director-gerente de hospitales debería poder hacer y ser capaz de demostrar.

Es necesario que un centro sanitario y los gestores del mismo tengan claro hacia dónde quieren ir, para poder establecer el plan de ruta de cómo llegar. Y deben conocer todas las posibilidades que existen en el mercado para poder elegir las

mejores herramientas de gestión, crear su puzzle y trabajar sobre él [21].

Por otro lado está muy bien pedir que los gestores tengan la capacidad e independencia para poder hacer y deshacer en su entorno, pero sabiendo que todos estaremos en un mismo barco, o en una misma organización en red. El control debe ser una herramienta fundamental para poder asegurar y prever con antelación, el éxito o fracaso (en la medida de lo posible) de los gestores y de sus modelos de gestión.

En resumen, todos los profesionales, políticos, proveedores, usuarios y en general todas las partes interesadas en el mundo sanitario consideran y está en el debate de todos los días, que la sostenibilidad a medio y corto plazo de nuestro sistema sanitario pasa por un cambio de modelo. Mi planteamiento es conseguir que este cambio de modelo se base y se busque a niveles más cercanos del día a día de las organizaciones sanitarias, y no tanto en los elementos a gran escala, proponiendo formas y sistemas de trabajo a medio largo plazo.

Los gestores, basándose en su conocimiento, cualificación y formación, deben crear su modelo de gestión, formado por las herramientas de gestión más adecuadas a su entorno, y que mejor consideren, tratando de abarcar con estas herramientas, el cien por cien de los aspectos y elementos de las organizaciones de manera equitativa, es decir, tanto los aspectos asistenciales como los no asistenciales.

3. HIPÓTESIS

La gestión hospitalaria, sobre todo de centros públicos, posiblemente haya sido uno de los aspectos que menos ha evolucionado en el mundo sanitario, sobre todo en comparación con la evolución de elementos como el conocimiento de los profesionales, la tecnología y el equipamiento, así como las infraestructuras.

A modo de ejemplo, tenemos que la referencia de la gestión y organización hospitalaria se encuentra en el Real Decreto 521/87 sobre estructura organización y funcionamiento de los hospitales. Es decir, seguimos utilizando un documento desarrollado en el año 1987 para la organización hospitalaria de centros del año 2015 [22].

Por otro lado, nos movemos en ambientes donde ciertos sectores consideran que los perfiles de las personas que pueden gestionar hospitales deben ser profesionales médicos, mientras que en otros ámbitos el sector preferido es el personal con cualificación económica. Debemos entender que si bien los modelos de gestión los conducen personas, la cualificación de un gestor, más allá de sus estudios debe demostrar que es capaz de hablar de gestión, y conocer del manejo de las herramientas existentes en el mercado para su cometido de gobernar una institución.

Hablando de herramientas de gestión, debemos considerar que las herramientas de gestión ya es-

tán inventadas. Que desde el sector de la gestión sanitaria lo único que debemos hacer es tomar estas herramientas, elegir las más adecuadas en cada caso y ponerlas en práctica. Los esfuerzos por inventar nuevas herramientas de gestión o específicas del sector (organigramas propios, herramientas de contabilidad analítica, etc.), considero que lo que hace es complicar ciertas situaciones y dejar de lado aquellas cosas básicas y fundamentales de la gestión de cualquier organización.

Además, el sector sanitario público, al igual que hacen todas las organizaciones que tienen éxito de cualquier sector del mundo, es enfocarse hacia su cliente y partes interesadas no sólo desde un punto de vista teórico, sino demostrarse así mismo que esto es así. Mientras el centro de atención de la gestión hospitalaria tenga un componente muy alto en protagonistas diferentes a los propios usuarios (políticos, profesionales, proveedores, sindicatos, etc.) los gestores encontraremos muchas barreras y dificultades para entender cuál es la misión y visión de los hospitales, y por consiguiente los de la red de salud.

El éxito de las organizaciones sanitarias pasa por fijarse en el éxito de otras organizaciones, similares o no, y aprender, desarrollar e implantar modelos de gestión formados por herramientas de gestión similares a las de estas empresas.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS PRINCIPALES

Los objetivos troncales de este proyecto son básicamente:

1. Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de gestión adecuado a la situación y el entorno de un centro hospitalario, eligiendo las herramientas de gestión más adecuadas para su implantación y el cual, de respuesta a las necesidades de organización de todas las actividades del centro.
2. Demostrar que la implantación de un modelo diferente es posible. No es un proyecto cortoplacista, en donde se pueden necesitar varios años para lograr un mínimo de conocimiento, interiorización e implantación por parte de todos los profesionales que formen la organización.
3. Analizar cómo puede afectar una correcta organización y planteamiento del modelo de gestión a la toma de decisiones y a la mejora de la atención de los usuarios.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El objetivo principal de este trabajo, está basado en diseñar, desarrollar e implantar un modelo de gestión hospitalaria diferente al que actualmente es utilizado en casi la universalidad de los centros sanitarios del mundo, aprovechando un

proyecto, como es la implantación de un modelo de gestión en un nuevo hospital en la ciudad de Quito (Ecuador).

Se quiere dar a entender que lo más importante es crear un modelo de gestión formado por las herramientas más adecuadas a las necesidades y características de cada organización.

Se quiere realizar un esfuerzo para conseguir ajustar las herramientas de gestión conocidas de manera mundial a las necesidades de los hospitales, pero con el uso adecuado de estas herramientas, intentando eliminar los defectos que hasta ahora se han producido en su uso.

- Generar un modelo de organización que contemple las herramientas de gestión, necesarias y concretas.
- Diseñar el modelo de gestión de una manera estructurada y perfectamente definida, sabiendo que pueden existir numerosas combinaciones en su diseño y desarrollo.
- Utilizar e implantar este modelo de gestión teniendo en cuenta los intereses que, por principios, debe tener una organización: el cliente.
- Utilizar e implantar el modelo de gestión al servicio de la organización y de sus intereses.
- Diseñar, desarrollar e implementar un modelo de gestión que integre todas las activida-

des de la organización sanitaria: asistenciales y no asistenciales.

- Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de organización que rompa con los tópicos actuales de la gestión hospitalaria.
- Adecuar las herramientas de gestión a las ne-

cesidades de la organización, y no la organización a las herramientas de gestión.

- Dar flexibilidad al uso de estas herramientas de gestión y al cambio de las mismas, siempre que las necesidades de la organización cambien.

5. MATERIAL

5.1. SITUACIÓN DEL ENTORNO DEL HOSPITAL Y DE LA SALUD EN ECUADOR

Nos podemos encontrar diferentes tipos de factores que influyen en la gestión sanitaria, así como qué elementos o variables son importantes y nos planteamos como objetivos genéricos para conseguir un modelo que nos sea útil en nuestro sistema de salud.

Por un lado se pueden observar **“factores y tendencias en el ámbito internacional”**, en donde para entender el papel del Hospital San Francisco de Quito (HSFQ a partir de ahora) y su situación en la red asistencial a la que pertenece, es necesario identificar las tendencias que existen y que se pueden aprovechar e implantar en el HSFQ desde su inicio, para crear diferencia y convertirse en el centro de referencia de su entorno. Las alternativas al proyecto, tomadas del ámbito nacional e internacional, deben resultar adecuadas, integrables y extrapolables al resto de la red asistencial del IESS (Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social).

En el ámbito internacional existen determinados elementos que afectan a los sistemas de salud. Entre ellos destacan los siguientes.

5.1.1. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTEXTO GENERAL

- El proceso de globalización mundial implica algunas de las siguientes cuestiones y situaciones que pueden afectar a la salud del país, y por lo tanto al hospital objeto del proyecto.
 - Las recomendaciones efectuadas por organismos internacionales relacionados o no con la salud como Naciones Unidas, la OMS, la OPS, UNICEF, y entidades financieras multilaterales como el Banco Mundial, el BID que se incorporan en las agendas políticas de los países. Como caso paradigmático se puede citar los Objetivos del Milenio.
 - La integración en instituciones territoriales supranacionales como la el Grupo Andino, Mercosur, etc., que entre sus tareas y responsabilidades están la de fijar estrategias, políticas y líneas de acción que deben seguir los países miembros. Presenta implicaciones importantes como la atención en zona transfronteriza, la tarjeta de salud andina, o los centros de excelencia supranacionales.
 - Aparición de enfermedades emergentes y

reemergentes pandémicas de rápida difusión como el SIDA, el SARS, O la gripe aviar, para las que no existen barreras geográficas debido al desarrollo de los medios de transporte y comunicaciones. Cambios en los patrones epidemiológicos a medida que se incrementa el desarrollo de un país con reducción de la natalidad, la mortalidad materna e infantil (disminución de las enfermedades infecciosas por programas de vacunación), aumento de la esperanza de vida e incremento del envejecimiento y las enfermedades crónicas.

- El desarrollo tecnológico o “fascinación tecnológica”, que ayuda de manera muy positiva a la asistencia sanitaria, pero que condiciona los sistemas de salud, la información accesible al ciudadano, la medicina y la práctica clínica.
- El acceso a información sobre la salud de un modo fácil e interoperable a través de Internet y el desarrollo de las redes sociales.
- Visión de los problemas de salud desde un enfoque multisectorial y sobre todo preventivo.
- El Estado debe abordar los problemas relacionados con la salud desde varios ámbitos como la educación, la seguridad ciudadana y viaria, los medios de comunicación..., que determinan cada vez más las agendas políticas y presupuestos orientados, por ejemplo:
 - » Se plantea una estrategia para realizar acuerdos con los medios de comunicación para suprimir o limitar la publicidad sobre el tabaco y el alcohol.
 - » Se plantean planes para prevenir la obesidad infantil con alianzas con la industria alimentaria, las empresas de videojuegos y las grandes cadenas de comida rápida.
 - » Desarrollo de campañas de educación para prevenir y mitigar los accidentes

de tráfico y sobre el uso del cinturón de seguridad y la restricción del alcohol.

- » Estrategias para reducir el consumo de energías no renovables mediante implantación de sistemas de ahorro energético y del agua en los hospitales. Diseño de equipos médicos sostenibles desde el punto de vista medioambiental.
- » Desarrollo de programas de salud específicos y capacitación específicos para desempleados conjuntamente con los responsables del área de trabajo.
- » Incremento de presupuestos destinados a la salud por su repercusión e impacto político.
- Se plantean alianzas estratégicas con el sector privado, que aportan valor añadido al sector público: conocimiento, innovaciones en la gestión y la organización de los servicios de salud y recursos y capacidad financiera para inversiones a través de distintas fórmulas como la renovación de las infraestructuras y la operación de los servicios: llave en mano con o sin apoyo a la gestión posterior, colaboraciones público privadas, concertación para la provisión asistencial, que de otro modo no sería fácil llevar a cabo.
- Como consecuencia, existen múltiples grupos de interés involucrados que son colaboradores más que competidores, para llevar a cabo programas multisectoriales. Un acercamiento de los servicios estatales a los ciudadanos debido a su descentralización, ya que el Estado se ha quedado pequeño para resolver grandes problemas y grande para resolver los pequeños.
- Búsqueda de la regulación de los sistemas de salud. Los aspectos sobre los que se asienta esta regulación, en casi todos los países, en mayor o menor medida, son en tres ámbitos (Ver tabla 1-5).

UNIVERSALIZACIÓN	EQUIDAD EN EL ACCESO: ACERCAR EL SERVICIO	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA
<ul style="list-style-type: none"> • Quién tiene derecho: confluencia hacia la cobertura del 100% de los ciudadanos, conquista social, transformación de los sistemas de SS hacia SNS y a la inversa. • Cómo está el estado de salud: planes de salud y/o estrategias o marcos de referencia para determinadas patologías. Auge de la medicina personalizada al paciente. • A qué tiene derecho: Gestión de las carteras de servicios, catálogo de prestaciones mínimas y comunes. • Por qué se incluye: previa evaluación de las AETS (Agencia de Evaluación de tecnologías Sanitarias) de su coste-efectividad o coste de oportunidad. En UK se incorporan prestaciones que logran que el coste por año de vida ganada inferior a 30.000 libras. Sólo nuevas prestaciones. Otras herramientas: uso tutelado, medicamentos especiales. Fascinación por la tecnología. • Criterios de ordenación: dónde, en qué centros y con qué tipología. Mantener equilibrio entre desplazamiento poblacional, el volumen de casuística necesario para dar calidad y racionalidad en el coste. • Comprobación del derecho: tarjeta sanitaria europea, iberoamericana, mundial. Bases de datos compartidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de barreras geográficas: <ul style="list-style-type: none"> ○ uso generalizado de la isócrona como criterio de planificación, con o sin desplazamiento del paciente. Ej.: telemedicina, sistemas de información, transporte público, etc. ○ Sistemas de información geográfica (SIG): rural-urbano, dispersión, relación oferta de recursos con morbilidad y demanda. • Eliminación de barreras sociales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Idiomas y culturales: adherencia a tratamientos, frecuentación centros, religiosas y étnicas. ○ Envejecimiento: pérdida facultades. ○ Educación. • Eliminación de barreras económicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gratuidad con fuerte presión a reivindicar el copago, se aduce la paradoja del "free rider" de Olson: salud bien de consumo afecta a los más desfavorecidos, no ha demostrado que los incrementos de ingresos que generan sean llamativos presenta altos coste de transacción (identificación quién paga, facturación, cobro). ○ Relación de agencia (recortes siempre fracasan si prescribe el médico). Gestión de la demanda + control de la oferta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Más acentuada en tiempos de crisis. • Racionalización del gasto incremental. Techos presupuestarios ligados a crecimiento del PIB. • Confluencia cada vez mayor de los Sistemas de Seguridad Social y SNS. Duplicación de redes, servicios innecesarios. • Relacionada con el modelo elegido: SNS "impuestos progresivos", SS con cuotas trabajadores y empresarios. Cuando hay dos redes paralelas una es beneficencia y otra es SS, donde se producen duplicaciones de servicios innecesarios. • Se tiende a criterio per cápita en financiación a regiones con ajustes población equivalente, insularidad, ¿debería considerarse la dispersión?. En la financiación a los centros ¿se puede financiar por per cápita la atención especializada sin incluir atención primaria? ¿Es idéntico financiar a un distrito de salud con un porcentaje de funcionarios que eligen aseguradora privada o con doble cobertura, que a otros con población 100% que sólo tienen sistema público? ¿se evalúa resultados de salud tras per cápita?.

Tabla 1-5. Aspectos sobre los que se asienta la regulación de los sistemas de salud

5.1.2. FACTORES RELACIONADOS CON LOS PRINCIPALES GRUPOS DE INTERÉS

Se identifican cuatro grandes grupos de interés dentro del sector sanitario, agrupados en: ciudadanos/pacientes, profesionales, clase política y/o autoridades, y gestores de instituciones de salud.

- **Ciudadanos:** Se busca la orientación de la atención y servicios de salud hacia el ciudadano como centro del servicio
 - Libre elección:
 - » Derecho sustentado en la existencia de un sistema de acceso a la historia clínica electrónica y la tarjeta sanitaria única.
 - » Posible a través de la disponibilidad de información sobre profesionales y resultados de los mismos.
 - » El paciente asume un papel activo en su tratamiento.
 - Modelos de atención que impliquen menores desplazamientos, integración de cuidados y alta resolución
 - » Realización de todas las exploraciones diagnósticas en un mismo día como en el caso de las consultas de alta resolución: “Consulta Única”.
 - » Facilitando la atención en régimen ambulatorio como sucede con los hospitales de día o la cirugía mayor ambulatoria, con reducciones del tiempo de permanencia del paciente en las instituciones de salud y permitiendo su reincorporación inmediata a su medio habitual. Incluso posibilitan que sea atendido por un “especialista a distancia” que asesora a su médico de cabecera en el propio centro de salud como sucede con la telemedicina y la imagen digital o con la extracción de muestras sanguíneas que son posteriormente transportadas para su procesamiento centralizado o incluso en el propio domicilio del paciente como acontece con los cuidados paliativos, la oxigenoterapia o la diálisis domiciliaria.
 - Implantación de procedimientos de Medicina Individualizada:
 - » Optimización del abordaje terapéutico y la respuesta del paciente a través del empleo de sistemas de estratificación de tratamientos mediante el empleo de biomarcadores (identificación de la molécula adecuada para cada paciente según su tipología y características personales).
- Valoración de la calidad percibida por el paciente sobre la atención recibida
 - » Medición del grado de satisfacción del paciente/usuario acerca de la atención recibida, a través de sistemas variados como:
 - Encuestas de satisfacción.
 - Barómetro con respecto a otros centros asistenciales
 - Histórico de quejas y reclamaciones.
 - » Disponibilidad del Servicio de Atención al Usuario como primer punto de contacto del paciente con el centro asistencial.
- Búsqueda de la calidez y la humanización de la atención
 - » Habilitación de espacios para el cuidado del neonato por parte de sus padres y el contacto físico (cuidados canguro).
 - » Salvaguarda de la intimidad y confidencialidad de los datos médicos de carácter personal (información al paciente en lugares adecuados para ello).
 - » Espacios diferenciados para pacientes con procesos concretos y sus familiares (cuidados paliativos, partos complicados, UTPR,...).
- Implicación del paciente en su proceso por cambio en el concepto de la ética y la deontología médica:
 - » Autonomía del paciente: consentimiento informado verbal o escrito de todos los actos médicos.
 - » Consultas de segunda opinión
 - » Justicia social: recursos limitados, “alguien recibe menos o más de lo preciso”.
- Ciudadano protagonista de su salud

- » Cambio en el proceso de atención: paciente orientado al autocuidados y a los estilos de vida saludables: medicina preventiva, implantación de hábitos sanos,...
- » Cambios en el sector de los servicios: ciudadano autogestiona sus trámites a partir de la incorporación de los sistemas de información y el fomento de los sistemas telemáticos y online: contact center para petición, comprobación y cambios de citas ya sea a través de WEB, SMS, operadores virtuales.
- Profesionales: Se enfocan las organizaciones a la búsqueda de la motivación de los profesionales, facilitar el desempeño de su práctica clínica y evaluar sus resultados incentivando “el buen hacer”.
- Trabajo en equipos multidisciplinares y movilidad intercentros
 - » Lo que va a permitir el establecimiento de una red de atención y el fin de los compartimentos estancos. La movilidad intercentros permitirá al profesional conocer nuevas formas de hacer y estudiar patologías de baja prevalencia en su ámbito de actuación.
- Disponibilidad de programas de formación pregrado y postgrado, así como el intercambio de conocimientos y experiencias con otros profesionales
 - » Formación continuada en tecnologías médicas, TIC, nuevos procedimientos y disciplinas, ...
 - » Capacitación en nuevas técnicas e innovaciones.
- Facilidad para su participación en proyectos de investigación científica
 - » Orientada hacia los principales determinantes y problemas de salud.
 - » Conectada con los centros de conocimiento (institutos especializados, universidad,...).
- Establecimiento de mecanismos de medición de la satisfacción de los profesionales
 - » Medición periódica: Encuestas del clima laboral.
 - » Prevención de los accidentes y siniestralidad laboral.
- Desarrollo de un sistema de incentivación
 - » Mediante reconocimiento de logros y méritos.
 - » Evaluación del desempeño y de las competencias: incentivos ligados a objetivos, promoción, reconocimiento,...
 - » Relaciones horizontales.
 - » Importancia de la valoración del clima laboral (facilitador del trabajo profesional).
- Clase política y autoridades; y gestores de las instituciones de salud: Es un objetivo de las autoridades y políticos, lograr que los gestores mejoren los resultados de salud con actuaciones altamente eficientes, sin tener que renunciar a una atención de calidad y buenos resultados en salud.
- Mejorar los resultados de salud con el menor coste. ¿Cómo medir los resultados de salud? Evaluar objetivamente para demostrar qué sistema, instrumento, organización o modelo de gestión es mejor. ¿Se corresponden las necesidades de salud con lo que hacen nuestros centros?
- Satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y profesionales: ¿Cómo conseguir la piedra filosofal?
- Ambulatorización: CHARES (Centros Hospitalarios de Alta Resolución), cirugía mínimamente invasiva radiología intervencionista, hospitalización a domicilio...
- Externalización de servicios con partners especializados que son aliados estratégicos a largo plazo: “No hay modelo bueno o malo son instrumentos que hay que adecuar a cada caso concreto”.
- Tendencia a organigramas matriciales y “aplanados”: ser facilitadores para lograr autonomía, no independencia (se está en una red), corresponsabilización controlada.

5.1.3. SISTEMA DE SALUD EN ECUADOR

Desde un *punto de vista supranacional* del SNS en Ecuador pertenece a la UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas) y al Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) referido a Salud, enmarcado dentro del Sistema Andino de Integración (SAI) [23].

El primero, se constituye como organismo integrador de las políticas suramericanas. En este contexto el Consejo Suramericano de Salud, formado por los ministros/as de salud de estos países, constituye el órgano de consulta y de consenso de la UNASUR, promoviendo políticas comunes y actividades coordinadas en materia de salud, las cuales están determinadas por principios consensuados entre los Estados Miembros tales como:

- “Salud como derecho fundamental del ser humano y de la sociedad y un componente vital del y para el desarrollo humano”,
- “Salud como impulsor de la concertación e integración de las naciones de UNASUR”,
- “Integrar la Salud en un concepto mayor de protección social y, como tal, jugar un papel importante en desarrollo social armónico”,
- Reducir las asimetrías existentes entre los países de la UNASUR y
- “Promover la responsabilidad y la participación ciudadana en los temas de Salud”, entre otros.

Con ello se pretende identificar los determinantes sociales críticos para la Salud y propiciar políticas y acciones intersectoriales en materia de seguridad alimentaria, ambiente saludable entre otros, fortalecer las instituciones de salud de los Estados Miembro, crear y desarrollar redes de trabajo por áreas temáticas de instituciones afines, promover la investigación y desarrollo de innovaciones en Salud así como la creación de sistemas de información y comunicación integrales. El plan de trabajo fijado para lograr estos objetivos es:

- Creación de un escudo epidemiológico.
- Desarrollar sistemas de salud universales, de

acceso universal, basados en la estrategia de Atención Primaria Integral de Salud.

- Acceso universal a medicamentos mediante la Política Suramericana de medicamentos.
- Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales.
- Desarrollo y gestión de recursos humanos en salud.

Por su parte, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) es la institución del Sistema Andino de Integración cuyo objetivo es coordinar y apoyar los esfuerzos que realizan los países miembros, individual o colectivamente, para el desarrollo de la salud de sus pueblos.

Coordina y promueve acciones destinadas a mejorar el Nivel de salud de los países miembros, coincidentes con las cinco áreas de trabajo de la UNASUR, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales. En ese sentido, coordina con otros órganos subregionales, regionales e internacionales las acciones que concurren a ese fin. Así, Ecuador se integra dentro de la Red de Institutos de Salud Pública (RAIS) a través del Instituto de Higiene y Medicina Tropical “Leopoldo Izquieta Pérez”, en el Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO), en la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE) y en la Agencia Andina de Medicamentos, además de participar en proyectos como el Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina (PAMAFRO), el Comité Subregional Andino para La Prevención Del Embarazo No Planificado En Adolescentes y el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud.

Por último, desde un punto de vista Supranacional revisten gran importancia para Ecuador el alcance de los Objetivos del Milenio, que constituyen una agenda prioritaria para arrancar hacia condiciones que propicien el desarrollo, así como una herramienta efectiva para la rendición de cuentas de gobernantes y gobernados. El último informe de Naciones Unidas sobre Ecuador es de 2007 [24], y en él se analizan las políticas existen-

tes para alcanzar los objetivos del milenio de los que el 4, 5 y 6 se centran en logro de metas de salud, como son:

- Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños/as menores de 5 años, para alcanzar la meta de 14,4 defunciones/mil nacidos vivos en 2015. Cabe señalar que para alcanzar esta meta se propone extremar la institucionalización de medidas como el control de la nutrición, la prevención y el tratamiento oportuno de la enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias, así como los procesos infecciosos que tienen mayor impacto en el perfil de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años. Algunas de las políticas existentes son la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia (2006), Política Nacional de Salud de la Niñez (2007), la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que amplía el acceso de niñas y niños a los cuidados de salud, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Fortalecimiento de la Atención Integral de la Niñez (2007).
- Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015: Si bien es posible señalar que existe un importante avance, es preciso optimizar la institucionalización de las políticas públicas existentes. Las principales acciones puestas en marcha por el gobierno son el Plan Nacional de Salud Reproductiva [25] dentro del cual se desarrolla el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna [26], que incluye el reforzamiento de información y de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia puesto en marcha por la unidad ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia (2006) [27], la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006–2008 [28], el Proyecto de Atención Integral de Salud de la Mujer y la Pareja (2007) [25].
- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis: no se ha avanzado en este punto, puesto que la tasa de personas infectadas se ha incrementado sensiblemente pasando de 0,9 en 1990 a 3,9/100.000 habitantes en

2009. En Ecuador estas enfermedades forman parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y son de notificación obligatoria. En 2006 y 2007, se formuló el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/Sida 2007-2015, el cual contempla un conjunto de indicadores relacionados con los sectores prioritarios para la acción, los objetivos estratégicos y concretos, así como con las respectivas líneas de intervención, diseñado para medir la dinámica de la epidemia y el avance en la respuesta [29].

Desde el punto de vista del ámbito nacional, el Sistema Nacional de Salud de Ecuador está configurado por un subsector público y uno privado.

El subsector público de proveedores de Salud está conformado por los servicios del MSP (Ministerio de Salud Pública) y por los seguros sociales que incluyen: el IESS (Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social), ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) e ISSPOL (Instituto de la Seguridad Social de la Policía Nacional) y los servicios de salud de algunos municipios. Además cuenta con entes privados sin ánimo de lucro que actúan dentro del sector público como la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. Por otro lado, el MSP recibe el apoyo y asesoría permanente de los organismos de cooperación técnica de Naciones Unidas: OPS/OMS, UNFPA y UNICEF.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el ente rector de la salud en el país, establece las líneas rectoras de política, normas y protocolos de atención y procedimientos técnicos para regular la prestación de servicios en los establecimientos de salud públicos y privados. El MSP participa vivamente con los diversos actores involucrados en salud para la concertación de dichas políticas a Nivel sectorial a través del Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el ministro/a de salud.

Por su parte el IESS, según el artículo 17 de la Ley de Seguridad Social [30], tiene obligación de proteger a toda la población trabajadora de Ecuador con o sin relación de dependencia labo-

ral, y en su artículo 102 se determina el alcance de la protección de la siguiente manera:

- Familiar (SGSIF) cubre al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad.
- El Seguro General de Riesgos del Trabajo (SGRT) cubre la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Los beneficiarios de acciones integrales de fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud individual son el afiliado, su cónyuge o conviviente con derecho y sus hijos menores hasta los 18 años, así como el jubilado. Las beneficiarias del Seguro de Maternidad tendrán cubierta la atención del embarazo, parto y puerperio.

El CONASA, creado como organismo asesor del MSP en 1980, desde el 2002 se ha configurado como una entidad con autonomía administrativa y financiera cuyo propósito es promover los consensos en las políticas públicas e impulsar los mecanismos de coordinación para la organización y desarrollo del Sistema Nacional de Salud conforme a la Ley Orgánica del SNS (LOSNS). Está conformado por representantes de las instituciones públicas y privadas que actúan en el sector salud y funciona a través de comisiones de expertos institucionales (Planificación, Medicamen-

tos, Recursos Humanos, Bioética), para generar acuerdos respecto a políticas, normas, reglamentos y otros instrumentos técnicos de aplicación general.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, como aseguradora de las prestaciones de salud, estará al cargo de la regulación, monitorización y evaluación/auditoría de los procesos a través de sus dependencias en el territorio nacional. El SGSIF fortalecerá la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad.

El Subsistema privado se orienta a la medicina curativa y se diferencia por su mayor grado tecnológico y por ofrecer servicios de mayor calidad.

Por tanto, el sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, sin coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Cada institución mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. Existen escasos mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional y en ocasiones duplicidad en la oferta de servicios, entre las distintas redes (Fuente Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública, 2007-2011).

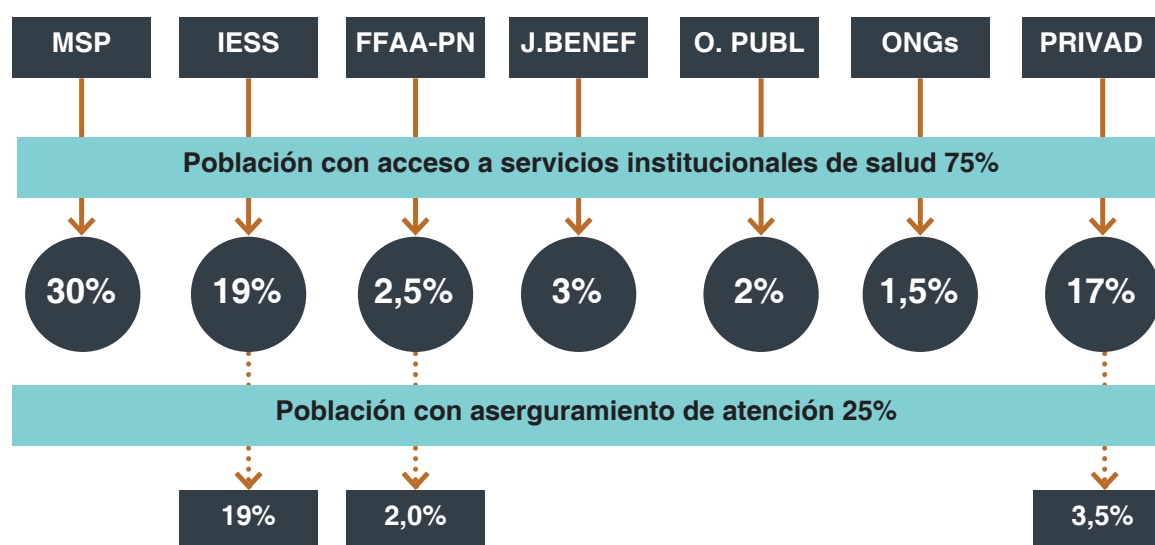


Tabla 1-5. Accesos de la población a los servicios de salud institucionales.

Actualmente, es la primera vez que el país está afrontando un proceso real de Reforma del Sector Salud, relacionado con cambios profundos y sostenidos en la estructura del sector, y no una simple discusión de iniciativas sobre la normativa y la descentralización. Se está afrontando mediante una red de prestadores organizada por zonas geográficas de adscripción de la población y bajo un procedimiento adecuado que garantice la universalidad y eficiencia de la atención de salud con un enfoque individual, familiar, comunitario y en red.

En efecto, la Constitución 2008 establece el nuevo marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (reforma del sector denominada Transformación Sectorial de Salud del Ecuador (TSSE), suponiendo importantes ventajas con relación a la carta magna anterior de 1998. Establece la atención sanitaria como un derecho, sustentado en un Sistema Nacional de Salud que funcionará dentro de los siguientes principios [31]:

- El Estado garantiza el acceso universal a la atención integral de salud que se entregará a través de la red de servicios públicos de salud: universalidad, gratuidad, progresividad y equidad.
- Sistema Nacional de Salud caracterizado por una red pública integral de salud (única)
- Rectoría del Sistema Nacional de Salud a cargo de la autoridad sanitaria nacional que está representada por el Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Gestoría del Seguro Universal Obligatorio a cargo el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (denominado IESS): entidad autónoma
- Financiamiento público de la salud a cargo de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado y se distribuirán de forma ágil y oportuna a través de una preasignación y con un incremento interanual no menor del 0,5% del PIB (representa aproximadamente unos 240 millones de dólares al año. La asignación se efectuará sobre una base poblacional y tendrá en cuenta las necesidades de salud.
- Financiamiento mixto de la seguridad social (contribuciones y aporte fiscal).

- Fortalece al Sistema Nacional Integrado de Salud, incorporando la interculturalidad y posicionando a las medicinas ancestrales y alternativas.
- Garantiza la disponibilidad y entrega de medicamentos de calidad, sin costo directo al usuario y sin interferencia de intereses comerciales.
- Promueve el desarrollo competencial y la capacitación continuada del personal de salud.
- Prioriza la atención tanto básica como especializada a los grupos más vulnerables: niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidades; así como, y en forma progresiva, la atención de enfermedades catastróficas (cáncer, enfermedades del corazón, insuficiencia renal, malformaciones congénitas, y otras), de forma gratuita y en todos los niveles.
- Establece la responsabilidad del Estado para la promoción de hábitos de vida saludables, favoreciendo la prevención y control de las adicciones. Además, controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.
- Prohíbe a los establecimientos públicos o privados y a los profesionales de la salud negar por motivo alguno la atención de emergencia a todos los ciudadanos.
- Incluye un sistema único de gestión de la información en salud para lo que hay que disponer de una infraestructura de comunicaciones con sus respectivas redes de información.

Todo ello, con el fin de alcanzar el objetivo general sobre el que se sustenta:

“Contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del Ecuador a través de la construcción del Sistema Nacional de Salud, que permita garantizar el acceso universal a una atención integral de salud, y a servicios estructurados en una red pública y con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario” [24].

En este contexto y con un papel primordial en la reforma que determina la Constitución, se sitúa el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) como gestor del seguro universal. En efec-

to, el seguro general obligatorio pasa a ser el Seguro Universal Obligatorio. El Art. 369 de la nueva Constitución mantiene las mismas contingencias señaladas en la anterior Carta Magna (incluidas las de enfermedad y maternidad) [31], aunque se incorporan las contingencias de paternidad y de desempleo. El aspecto más relevante desde el enfoque de salud es la mención de la red pública integral de salud que brindará las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad. El seguro universal obligatorio se extenderá a toda la población urbana y rural, con independencia de su situación laboral. Las prestaciones para las personas que realizan trabajo doméstico no remunerado y tareas de cuidado se financiarán con aportes y contribuciones del Estado. La ley definirá el mecanismo correspondiente. La creación de nuevas prestaciones estará debidamente financiada.

El IESS como institución se mantiene como responsable de la prestación de las contingencias del seguro obligatorio en ambos textos constitucionales. El Art. 370 de la nueva Constitución especifica que las Fuerzas Armadas y la Policía formarán parte de la red pública integral de salud. Con relación al Seguro Social Campesino, el Art. 60 (1998) y el Art. 373 (2008) muestran bastante similitud e incluyen las prestaciones de salud [31].

El IESS ha establecido un plan de mejora y modernización de atención a la salud de sus habitantes con derecho a atención. Este plan contempla un conjunto de acciones, algunas de las cuales se han llevado a cabo en el último bienio. De entre el conjunto de acciones, destacaremos [32]:

- Ampliación de la cobertura que actualmente brinda a sus asegurados mediante la inclusión, bajo determinadas premisas, de nuevos colectivos como los menores de 18 años y los familiares y allegados de afiliados.
- Orientación de los servicios a los ciudadanos con mejora de la accesibilidad a sus centros mediante un call center, que permite la solicitud telefónica de citas por el ciudadano, evitando los desplazamientos innecesarios, la suspensión de citas, las colas y las esperas prolongadas o la habilitación de un mecanismo que permite retirar las medicinas recetadas por los médicos del IESS en cualquier

farmacia particular de todo el país, que mantenga convenio con el Seguro Social.

- Ejercicio de la libre elección, es decir, el “empoderamiento” por parte del afiliado y beneficiario del centro donde desea ser atendido, en función de criterios de proximidad domiciliaria y laboral, con el consiguiente incremento de su satisfacción y aumento de su capacidad de decisión y de participación real en el funcionamiento del sistema.
- Continuidad de la asistencia mediante actividades dirigidas al fomento, promoción, prevención de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades recuperación y rehabilitación de la salud, con incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, tales como la historia clínica electrónica, que garantiza la integración de cuidados y el seguimiento del paciente, o la organización del hospital y de su red por líneas de actividad centradas en la resolución de un determinado tipo de patología, de modo que se integren todos los medios diagnóstico-terapéuticos relacionados con un determinado órgano o aparato del cuerpo humano: área funcional cardiológica, oftalmológica...
- Reforzamiento del papel del primer Nivel de atención, al constituir la puerta de entrada del sistema, y configurarse como responsable del seguimiento longitudinal del paciente que recurre puntualmente a una interconsulta con los recursos más especializados cuando así se requiere, y el establecimiento de un sistema de referencias y contrarreferencias que permita un “Continuum de atención”, con independencia del Nivel donde el paciente es atendido y jerarquice los cuidados, de modo que se empleen en cada momento los medios más apropiados para la asistencia del paciente.
- Funcionamiento en Red con integración de proveedores de salud, tanto públicos como privados, con el fin de acercar los servicios a la población, complementar su oferta con proveedores externos, reducir los tiempos de demora para ser atendido, impulsar la competencia gestionada y la comparación (benchmarking) entre centros.

- Potenciación de la autonomía de gestión de sus centros y de los profesionales que desempeñan su función en ellos, mediante el establecimiento de Acuerdos de Gestión que promueven la corresponsabilización de los profesionales en la toma de decisiones y en la utilización adecuada de los recursos, al ligar el presupuesto de los centros y de las unidades que los componen al cumplimiento de determinados objetivos de actividad, tanto asistencial como docente e investigadora.
- Aumento de la equidad en el acceso y ordenación de los recursos mediante mapas territoriales con zonificación geográfica que tienen en consideración tanto isócronas que valoran la distancia a los servicios más próximos en un medio de transporte público como los horarios de atención o la dotación y obsolescencia de las infraestructuras y equipamiento existente en cada área, para priorizar la acometida de nuevos centros, la remodelación de los existentes, la innovación tecnológica o la contratación de personal en aquellos más deficitarios.
- Impulso a la gestión clínica basada en protocolos y guías de práctica clínica, que motiven a los profesionales en el desempeño de su labor, primen la evaluación de la práctica asistencial, reduzcan la variabilidad de la práctica clínica y promuevan la ética y deontología médica basada en el principio de autonomía del paciente y en el de justicia social, empleando los medios requeridos por cada paciente en función de criterios de coste efectividad y de su aportación en términos de calidad de vida ganada.
- Cultura de capitalización del conocimiento a través de la gestión de la docencia y la formación continuada de los profesionales de la salud, tanto directivos como mandos intermedios y del personal de base, con el fin de familiarizarles con el empleo de determinadas herramientas de gestión.
- Sostenibilidad financiera del sistema, me-

dante la implantación de un modelo de asignación de recursos que elimine la presupuestación basada en el histórico y ligue el presupuesto a los resultados de salud, que incentive el reconocimiento al logro de objetivos y que cuente con un cuadro de mandos que permita la evaluación y el seguimiento de los objetivos alcanzados. Para el logro de esto, hay que volver a remitirse a los Acuerdos de Gestión y hay que tener en mente el financiamiento público de la salud a través del Presupuesto General del Estado.

Veamos a continuación cual es el **“Catálogo de prestaciones”** del Sistema Sanitario Ecuatoriano [33].

El Conjunto de Prestaciones del SNS, aprobado mediante resolución del Directorio del CONASA el 25 de octubre del 2006, define los beneficios para dicho sistema. De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP 2) se establecieron los criterios de inclusión y de exclusión para el listado de prestaciones. Se definieron los tipos de prestaciones (ambulatorias, hospitalarias y complementarias); las categorías de intervenciones (clínicas, quirúrgicas y/o clínico-quirúrgicas); los diez grupos etários; la homologación de los servicios de salud del Sistema en sus tres Niveles de atención, la definición del listado de enfermedades o situaciones de salud y la construcción de un glosario de términos.

Se han consensuado y establecido para el primer Nivel 144 prestaciones ambulatorias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; para el segundo y tercer Nivel de atención 378 prestaciones hospitalarias clínicas y quirúrgicas y las prestaciones complementarias de los tres Niveles de atención para todos los grupos etários.

Los programas de atención a la salud del Ministerio de Salud pública de Ecuador se pueden resumir en la **tabla 2-5**:

A.

PROGRAMAS DEL MSP	OBJETIVO	MISIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI 	Reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación.	Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto con vacunas de calidad, y gratuitas. Una gerencia y Vigilancia Epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles.
<ul style="list-style-type: none"> Nutrición 	Obtener el diagnóstico de la situación alimentaria nutricional de la población ecuatoriana	La Dirección Nacional de Nutrición y el Instituto, son las instancias referentes en los temas alimentario-nutricionales en el país, constituyéndose en un apoyo para la planificación sectorial e intersectorial en los temas de soberanía y seguridad alimentaria. Promueven hábitos de vida saludable y movilizan recursos internos y externos.
<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis 	Establecer un control efectivo de la tuberculosis implementando la estrategia DOTS en todos los establecimientos de salud del país. Disminuir la morbilidad, mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas.	El Programa de Control de la Tuberculosis asegura la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad, en todos los establecimientos de salud del país, brindando atención integral con personal altamente capacitado.
<ul style="list-style-type: none"> VIH-SIDA 	Disminuir la velocidad de la progresión de la epidemia y el impacto de la infección por VIH, fortaleciendo las capacidades del Sistema Nacional de Salud.	Impulsar una respuesta multisectorial, promoviendo y ejecutando políticas orientadas a ciudadanos, organizaciones sociales e instituciones públicas.
<ul style="list-style-type: none"> Salud intercultural 	Definir políticas de salud intercultural	El Subproceso de Medicina Intercultural garantiza de la incorporación de las estrategias y recursos de las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias a las políticas y procesos de gestión y atención de la salud intercultural.
<ul style="list-style-type: none"> Modelo de Atención Integral de Salud 	Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.	Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.
<ul style="list-style-type: none"> Atención Integral a Adolescente 	Garantizar una atención de salud integral al adolescente, con enfoques de derechos, género, generacional e intercultural, a través del fortalecimiento de los servicios de salud.	La atención integral a adolescentes busca garantizar el derecho a la salud integral de las y los adolescentes con énfasis en la salud sexual y la salud reproductiva.
<ul style="list-style-type: none"> Adulto Mayor 	Analizar y abordar el proceso de envejecimiento natural de la población, dentro de sus características de comorbilidad, fragilidad y dependencia, a fin de contri-	Adaptación del sistema de salud a las necesidades de la población adulta mayor, mediante la implementación del enfoque continuo, asistencial y progresivo en los tres niveles de atención. Fortalecer la Atención Primaria,

B.

	<p>buir alargar los años de independencia funcional y autonomía mental y mejorar su calidad de vida.</p>	<p>logrando el mayor grado de eficacia, eficiencia y efectividad en los procesos asistenciales.</p> <p>Coordinación con instituciones públicas y privadas que cuidan a los y las adultas mayores.</p> <p>Gratuidad de la atención y medicinas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Maternidad gratuita y atención a la infancia 	<p>Implantar un nuevo modelo de gestión</p>	<p>La Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es responsable de vigilar la aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia además de dirigir el Fondo Solidario de Salud para:</p> <p>Cubrir los gastos del conjunto de prestaciones que establece la Ley, para la atención de mujeres y niños menores de cinco años.</p> <p>Atención gratuita y de calidad en las unidades operativas del MSP en forma obligatoria y en otras sin fines de lucro que voluntariamente participen con sus recursos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades dermatológicas 	<p>Brindar servicios de calidad a todas las personas afectadas por la lepra mejorando la eficacia en función de los costos al integrar y descentralizar las actuales actividades de control de la lepra dentro de la infraestructura sanitaria local existente.</p>	<p>Fortalecer el Programa de Control de Lepra mediante la implementación de la Estrategia Global para Reducir la Carga de Lepra y Mantener las Actividades de Control de la Enfermedad 2007- 2010 recomendada por la OMS.</p> <p>Lograr la eliminación de la Leishmaniosis como problema de salud pública.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Control de la Zoonosis 	<p>Reducir la ocurrencia de casos de rabia humana.</p>	<p>Campañas anuales de vacunación antirrábica canina y evitar la ocurrencia de casos humanos con un control adecuado de los focos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mitigación, prevención y atención a emergencias 	<p>Garantizar la integridad de usuarios internos y externos en los servicios de salud fortaleciendo la capacidad de respuesta de las unidades operativas frente a los eventos adversos.</p>	<p>Reducir la vulnerabilidad física y funcional en las instalaciones sanitarias en condiciones normales, antes, durante y después de la ocurrencia de un evento adverso, correspondiendo al derecho que tienen los usuarios internos y externos de sentir seguridad en las Unidades Operativas de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Salud Ambiental 	<p>Disminuir los problemas de salud o patologías de la población asociado a la exposición los riesgos ambientales.</p>	<p>Vigilancia Epidemiológica en Salud Ambiental</p> <p>Implantar el manejo adecuado de desechos hospitalarios, coordinando las fases intra y extra hospitalarias.</p> <p>Vigilancia de la calidad de agua para consumo humano y promoción de tecnologías alternativas para la desinfección de agua a nivel domiciliario de zonas urbano-marginales, rurales y en estados de emergencia sanitaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Salud del adulto-enfermedades crónicas no transmisibles 	<p>Reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y fortalecer el diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas mediante</p>	<p>Implantar normas y guías de control y prevención de las enfermedades crónicas.</p> <p>Reorientar los servicios de salud en la calidad de atención, diagnóstico, pre-</p>

C.

	un sistema de Vigilancia de las ECNT	vención, promoción y tratamiento de los enfermos crónicos en los tres niveles de atención con énfasis en APS.
• Salud Mental	Construcción de Modelos de Atención de Salud Mental integrados, integrales, efectivos y eficientes, como parte integral de las acciones de salud pública en todos los niveles de atención.	Elaborar la Política Nacional de Salud Mental orientada al desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud mental y atención de esta morbilidad a toda la población según su necesidad, articulada a la prestación de estos servicios que prestan otras instituciones del sector, otras instituciones sociales y a la participación de la población.
• Programa de Enfermedades Catastróficas	El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.	El Apoyo Emergente en Situaciones Catastróficas Individuales a Personas y Hogares Ecuatorianos, cubrirá a todas y todos los ecuatorianos y extranjeros en Ecuador. Componente Salud: de la Red de Protección Solidaria serán todas las personas que padezcan alguna de las enfermedades catastróficas y discapacidades establecidas por el programa para su atención, y que estén siendo atendidas dentro del sistema público.
• Investigación y el Desarrollo Tecnológico en Salud (Plan de Acción del Ministerio de Salud, 2007-2011)	Impulsar el desarrollo tecnológico en salud, que responda a las necesidades de la población para mejorar el nivel de atención a la salud y calidad de vida de los ecuatorianos.	Política de Estado de Desarrollo Tecnológico en Salud, de mediano y largo plazo que responda a programas prioritarios que se orienten a satisfacer las necesidades básicas encaminadas a lograr mejores indicadores de salud y bienestar de la población.

Tabla 2-5 A, B y C. Programas de atención a la salud del Ministerio de Salud pública de Ecuador.

Por su parte el IESS, brinda a sus afiliados el siguiente catálogo de prestaciones:

- Programas de fomento y promoción de la salud.
- Acciones de medicina preventiva, que incluyen:
 - Consulta e información profesional,
 - Procedimientos auxiliares de diagnóstico,
 - Medicamentos e intervenciones necesarias.
- Atención odontológica.
- Asistencia médica curativa integral y maternidad, que incluye:
 - Consulta profesional.
 - Exámenes y procedimientos de diagnóstico.
- Actos quirúrgicos.
- Hospitalización.
- Entrega de fármacos.
- Y demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud.
- Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, sin límite de beneficios o exclusión en la atención.
- Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.

De acuerdo a la Resolución C.D.308 de 17 de abril de 2010, define la cartera de servicios del Programa de Atención Integral a la Salud Individual y Familiar por grupo de edad que se subdivide en los siguientes subprogramas, todos ellos

incluyen programas de prevención, promoción y cuidado integral de la salud para cada Nivel de atención [34]:

- Programa del niño sano diferenciado por grupo etario:
 - Menores de 1 año: de 0 a 7 días, de 8 a 28 días, de 29 a 364 días
 - Preescolar: de 1 a 4 años
 - Escolar: de 5 a 9 años
 - Adolescente: de 10 a 19 años
- Programas del Adulto joven y Adulto Medio: de 29 a 39 años y de 40 a 64 años.
- Programa de mujeres en edad fértil: de 10 a 49 años. Incluye la asistencia obstétrica en la etapa de embarazo, parto y puerperio.
- Programa del adulto mayor: más de 65 años, que incluye terapia ocupacional y rehabilitación.

La provisión de los servicios de salud del MSP están organizados por niveles de complejidad [33].


- En el **Nivel I** se encuentran los puestos de salud, subcentros y centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y los subcentros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica.
- En el **Nivel II** hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del nivel I, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, alguna especialidad de acuerdo al perfil epidemiológico de su área de influencia; también dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- En el **Nivel III** hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; también realizan docencia e investigación en salud.


En el marco de la Seguridad Social, el Reglamen-

to para la atención de salud integral y en red del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), de marzo de 2010, armoniza la normativa interna del IESS con la Ley de Seguridad Social, a fin de garantizar el derecho a la seguridad social y su sostenibilidad, mediante una red plural de prestadores, organizada por zonas geográficas de adscripción de la población, y bajo un procedimiento adecuado que garantice la universalidad y la eficiencia de la atención a la salud.

Por su parte, la tipología de las unidades operativas del IESS que se establece en la Resolución CD.308, adaptado del Conjunto de Prestaciones del CONASA de octubre de 2006, es la clasificación de las unidades prestadoras de servicios de salud según estándares establecidos por el SNS y el IESS respecto del Nivel de complejidad en infraestructura, equipamiento, y recursos humanos, además de la determinación de la capacidad resolutoria para el funcionamiento en red plural, que garanticen la calidad de la atención mediante servicios desconcentrados y polivalentes. La tipología, que coincide con los Niveles de complejidad definidos por el MSP, es la siguiente:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

 La Unidad de Atención Ambulatoria (UAA) es la unidad operativa de menor nivel de complejidad, que realiza actividades básicas de fomento, prevención, promoción, curación, recuperación y rehabilitación de la salud, incluyendo en atención del parto normal de emergencia y atención odontológica; promueve acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades de participación comunitaria. Cumple con las normas y programas de la cartera de servicios del Seguro General de Salud Individual y Familiar (SGSIF) para su nivel de complejidad. Se articulará en red con el CAA de su territorio y dependerá de la Subdirección o Jefatura del SGSIF del subsistema zonal correspondiente. Dará atención de 12 horas. (Ver tablas 3-5, 5-5 y 6-5)

 El Dispensario Anexo (DA) es la Unidad Periférica de Atención Ambulatoria, organizada y financiada por un empleador, privado o público, y funciona como una unidad operativa que realiza actividades básicas de atención primaria













	I NIVEL	II NIVEL	III NIVEL
SERVICIO	I Nivel Básico	I Nivel de Especialidades y Cirugías de Día	
SEGURO SOCIAL	 DA  UAA	  CABEZA DE RED CAA	 Hosp. Nivel I   Hosp. Nivel II  Hospital Nivel III
SEGURO SOCIAL CAMPESENO	 DSSC		

Tabla 3-5. Disposición y tipologías de centros según los Niveles asistenciales en Ecuador

ambulatoria de fomento, prevención, promoción, curación, recuperación de la salud (diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación) para el “mantenimiento de la salud integral del trabajador”, con énfasis en los riesgos del trabajo para los derechos de los habitantes de las empresas o servicios públicos, incluyendo atención de emergencia pre-hospitalaria. Cumple con las normas y programas de la cartera de servicios del SGSIF para su nivel y con las responsabilidades señaladas en el “Convenio de Establecimiento, Funcionamiento y Control”. Su adscripción será a la que la CAA que determine el SGSIF o con la unidad médica de mayor complejidad del SGSIF más cercana del subsistema zonal del territorio correspondiente. Realiza referencia-contrarreferencia en función de la complejidad de los casos y su capacidad resolutoria. El horario de atención se establecerá en el “Convenio de Establecimiento, Funcionamiento y Control” con el SGSIF. (Ver tablas 3-5 y 6-5).

 El Dispensario del Seguro Social Campesino (DSSC) es una unidad operativa que realiza actividades básicas de fomento, promoción y prevención de la salud, curación, recuperación y rehabilitación, odontología, primeros auxilios y emergencias pre-hospitalarias, acciones básicas de saneamiento ambiental y actividades con la comunidad. Cumple con las normas y programas del MSP y regulaciones propias del IESS que le corresponden a su nivel. El DSSC se ubica en comunidades rurales o recintos poblacionales menores a 1.200 habitantes o 240 familias, en donde no exista otra unidad de similar comple-

jidad de la red pública en 8km, con una vía de comunicación permanente. (Ver tablas 3-5 y 6-5).

  El Centro de Atención Ambulatoria (CAA) es la unidad operativa de referencia local responsable de brindar servicios integrados e integrales de fomento, promoción, prevención, curación y recuperación (rehabilitación y cuidados paliativos) de salud, con atención médica general y de especialidad, además de contar con atención odontológica. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico como laboratorio e imagen diagnóstica. Cumple con las normas y programas del SGSIF para su nivel, con énfasis en la referencia-contrarreferencia. Gestiona la red como cabeza del subsistema zonal correspondiente a su territorio y población adscrita, además de coordinar y facilitar acciones de saneamiento ambiental y participación social en su territorio como parte de la red pública. Funcionará en horario de 12 horas para consulta general, de especialidad y cirugías programadas y 24 horas para Emergencias y quirófano de emergencias. (Ver tablas 3-5, 4-5, 5-5 y 6-5).

Resulta llamativo que el número de enfermeras y médicos por habitantes aconsejado es muy similar, hecho que podría deberse a que el número de médicos postgraduados es mayor. Este factor es relevante porque la tendencia actual en todos los países se dirige hacia un mayor número de enfermeras por ratio de habitantes. Éstas, con la formación adecuada, pueden llevar a cabo muchas de las actividades de cuidados que actualmente desempeñan los médicos.

CAA		
Requerimientos mínimos de especialidades básicas clínicas y salud mental	Requerimientos mínimos de especialidades básicas de materno-infantil	Requerimientos mínimos de especialidades básicas de cirugía
Medicina Interna	Gineco-Obstetricia	Cirugía General
Cardiología	Pediatría	Oftalmología
Gastroenterología		Traumatología
Dermatología		ORL
Endocrinología		Urología
Psiquiatría		Cirugía Vascular
Gerontología		Otras: según se justifique en la micro red plural, perfil epidemiológico y tasas de uso
Otras: según se justifique en la micro red plural, perfil epidemiológico y tasas de uso		

Tabla 4-5. *Requerimientos mínimos de los CAA*

FACULTATIVO	UAA	CAA
Médico Familiar / General	1:1.500 habitantes	1:1.500 habitantes
Enfermera	1:2.000 habitantes	1:1.500 habitantes
Auxiliar de enfermería	1:4.000 habitantes	1:3.000 habitantes
Odontólogo integral	1:3.000 habitantes	1:3.000 habitantes
Personal médico especialista		Según norma del SGSIF
Personal médico, de enfermería y de mantenimiento / limpieza, quirófano		Para cubrir 12h en horario regular y turnos de 24h de emergencias

Tabla 5-5. *Requerimientos mínimos de personal en UAA y CAA*

	UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y ACCESIBILIDAD POBLACIONAL	POBLACIÓN ASIGNADA
UAA	Se ubica a nivel urbano en cantones	Poblaciones entre 2.000 y 20.000 habitantes
DA	Obligatorio: en empresas con más de 100 trabajadores Voluntario (independiente o asociación entre varias empresas): con menos de 100 trabajadores	
DSSA	Comunidades rurales donde no exista otra unidad de complejidad similar de la red pública en 8km con una vía de comunicación permanente	Poblaciones menores a 1.200 habitantes o 240 familias
CAA	Cabeceras cantonales	20.000 - 100.000 habitantes

Tabla 6-5. *Requerimientos de ubicación geográfica, accesibilidad y población*

	UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y ACCESIBILIDAD POBLACIONAL	CAMAS
HOSPITAL I	Cabeceras cantonales con más de 100.000 habitantes (puede ser menor en las provincias Amazónicas y Galápagos)	Entre 20 y 100
HOSPITAL II:	Cabeceras de provincia y cabeceras cantonales con mayor concentración poblacional según el subsistema zonal del SGSIF	Entre 120 y 300 camas

Tabla 7-5. Requerimientos de ubicación geográfica, accesibilidad, población y camas para hospitales de Nivel I y II

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

El Hospital Nivel I es la unidad médica de referencia cantonal que brinda atención de tipo ambulatoria de apoyo al primer Nivel y de hospitalización a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, atención de emergencias y hospitalización en medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y odontología, además de otras especialidades de las que disponen los CAA según se justifique en la micro red plural, perfil epidemiológico y tasa de uso. Dispondrá también de auxiliares de diagnóstico clínico como laboratorio y diagnóstico por la imagen. Su tamaño dependerá de las características demográficas y el perfil epidemiológico de su zona de influencia. Forma parte del eje de referencia y contrarreferencia de los servicios del primer Nivel. (Ver tabla 7-5).

El Hospital de Nivel II es la unidad operativa de referencia subregional o provincial que provee atención de salud ambulatoria de especialidades y de referencia, apoyo al primer Nivel de atención y de hospitalización en las 4 especialidades básicas en medicina (medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía), además de odontología y otras especialidades, de acuerdo al perfil epidemiológico de su zona de influencia, y emergencias. Dispone de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, medicina física y rehabilitación. Cumple con los indicadores de producción y realiza docencia e investigación y formación continuada en servicio como apoyo al primer Nivel de atención. (Ver tabla 7-5 y 8-5).

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

El Hospital Nivel III es la unidad operativa de mayor complejidad de referencia zonal que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de tercer Nivel. Provee atención de salud ambulatoria de especialidad o subespecialidad, destinado a prestar atención especializada de recuperación, rehabilitación y emergencias a los usuarios de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas. Es un establecimiento de pacientes agudos o crónicos reagudizados y atiende a toda la población local y nacional a través de la referencia y contrarreferencia. Cumple con los indicadores de producción hospitalaria.

Se localiza en las ciudades consideradas de mayor desarrollo y concentración poblacional en las que presta atención ambulatoria de especialidad (contrarreferencia) y hospitalaria 24 horas al día. No contará con más de 500 camas. Además realiza actividades de docencia e investigación. (Ver tabla 8-5).

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Los Subsistemas Zonales de Atención Médica Integrada se clasifican como la red de referencias y contrarreferencias entre varias unidades médicas del IESS de distinto Nivel de complejidad, desde la UAA hasta el Hospital de Nivel III, con la finalidad de mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia, la equidad y la sustentabilidad financiera de la prestación de salud a los asegurados en una circunscripción territorial delimitada por la Dirección Nacional Médico Social del IESS y aprobada por el Consejo Superior. El asegurado

PRESTACIONES BÁSICAS HOSPITALES NIVEL II Y III	
Recuperación	
Emergencia: todos los grupos de edad	
Atención de la emergencia	
Ambulatorización Especializada:	
Atención inicial, seguimiento y referencia de patologías complicadas, incluida UTI (Terapia Intensiva)	
Control Prenatal a embarazadas con riesgo:	
Inscripción antes de las 12 semanas de gestación y controles subsecuentes a la embarazada incluyendo clasificación de riesgo obstétrico	
Hospitalización Clínica	
Recién nacido	
< 1 año, 5-10 años, 10 - 19 años	
Mujeres en edad fértil - MEF	
De 20 - 64 años y mayores de 65 años	
Hospitalización Quirúrgica Incluye Hospital de Día	
< 1 año, 5-10 años, 10 - 19 años	
Mujeres en edad fértil - MEF	
De 20 - 64 años y mayores de 65 años	
Rehabilitación	
Física	
Ocupacional	
Otras Modalidades	
Cuidados Paliativos	
Atención integral Individualizada	
Información, comunicación y educación al paciente y su familia	
Promoción del autocuidado y vida digna	
Tratamiento activo (Rehabilitación)	

Tabla 8-5. Prestaciones básicas para hospitales de Nivel II y III

y los beneficiarios podrán acceder a los otros Niveles del sistema de servicios de salud mediante un sistema informatizado integral e integrado de referencia que efectuado desde el primer Nivel de atención.

Los Hospitales de Nivel II y III de la Red Plural de base territorial aceptarán de forma zonificada las referencias enviadas desde prestadores de salud del primer Nivel. Una vez resuelto el evento, la unidad que corresponda bajo responsabilidad de su titular, tendrá la obligación de remitir la contrarreferencia a la unidad correspondiente del primer Nivel y/o a la unidad que originó la referencia. Este sistema de referencia y contrarreferencia será obligatorio tanto para prestadores propios como externos.

Los Subsistemas de Atención Médica Integrada están delimitados en función de la distribución espacial de la población asegurada, la distancia y la facilidad de acceso entre unidades médicas de distintos Niveles de complejidad, y la mejor alternativa de costo-beneficio de las referencias y contrarreferencias entre los prestadores de salud

(Ver tabla 9-5)

Las unidades de salud del IESS están organizadas zonalmente como empresas públicas que se complementan de acuerdo a una distribución

ZONAS GEOGRÁFICAS DE ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN			
R1	Pichincha	R6	Manabí
	Esmeraldas		
	Santo Domingo de los Tsáchilas		
R2	Guayas Los Ríos	R7	Loja
	Galápagos		Zamora Chinchipe
	Santa Elena		
R3	Azuay	R8	Imbabura
	Cañar		Carchi
	Morona		Sucumbíos
	Santiago		Orellana
R4	Tungurahua	R9	El Oro
	Cotopaxi		
	Ñapo		
	Pastaza		
R5	Chimborazo		
	Bolívar		

Tabla 9-5. Zonas geográficas de adscripción de la población

RENDIMIENTO			LOGRO DE OBJETIVOS					GASTO PER CÁPITA EN SALUD
Nivel de salud	Rendimiento gral. sistema de salud	Salud		Responsabilidad		Equidad en la contribución financiera	Consecución general de objetivos	
		Nivel	Distribución	Nivel	Distribución			
96	111	93	133	76-79	182	88	107	97

Tabla 10-5. Posiciones de Ecuador en el ranking de la OMS en relación a diferentes aspectos. FUENTE: Organización Mundial de la Salud

planificada, de conformidad a la situación demográfica y geográfica de los asegurados, organizadas administrativamente con personal bajo su dependencia, con autonomía de gestión, administrativa, financiera y con personalidad jurídica independiente [35].

5.1.4. PERCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA REPÚBLICA DE ECUADOR

En un estudio realizado por la OMS en el año 2000, y que no ha sido actualizado debido a la complejidad de su realización, el sistema de salud de Ecuador obtuvo los resultados que se exponen en la **tabla 10-5** [36].

Tal y como se refleja en la **tabla 10-5**, el país se encontraba con relación a los resultados de salud, en la posición número 96 de 191 de los países pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud, mientras que el Nivel de rendimiento efectivo de su sistema de salud se situaba en la

posición 111. Con respecto al logro de objetivos marcados, se posicionaba en el puesto 107 y en el 97 en el ranking de gasto en sanidad per cápita.

Sin embargo, estos datos deben ser contemplados desde la distancia que supone el periodo transcurrido, al tratarse de un país donde los cambios más significativos en el sector salud se han producido en el último quinquenio, con logros muy significativos tanto en los indicadores de salud como en la configuración y rendimiento del Sistema de Salud.

Con relación al grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales son escasos los estudios publicados. Por haber sido el fruto de un profundo estudio de investigación y ser relevante para nuestro análisis, se incluyen los resultados de una tesis doctoral que desarrolló una medición de la satisfacción de ambos colectivos:

Índice de satisfacción del cliente interno			
	CI	AA	AS
Puesto de trabajo	44,6%	35,5%	49,0%
Ambiente de trabajo	57,8%	61,6%	47,0%
Comunicación	48,2%	47,9%	55,9%
Condiciones ambientales	26,7%	2,9%	48,4%
Capacitación	5,7%	-10,6%	38,5%
Implicación en mejora	63,2%	61,5%	13,7%
Motivación	33,1%	12,6%	64,0%
Dirección de unidad	44,6%	45,9%	34,2%

Tabla 11-5. Índices de satisfacción Cliente Interno. Fuente: Cuestionario a las unidades de negocio del IESS realizado en la Tesis de Grado de la ESPOL por Fernando Félix Gavilánez Ramos y Zoila del Rocío Ortiz Zambrano

Índice de satisfacción del cliente externo			
	CE	AA	AS
Infraestructura	43,9%	53,6%	39,3%
Capacidad	38,2%	29,9%	42,3%
Calidad y calidez	41,8%	41,3%	42,1%
Cobertura	52,6%	63,4%	47,5%
Comunicación	48,6%	40,4%	52,5%
Garantía y confianza	44,3%	31,2%	50,6%
Empatía	57,1%	54,6%	58,3%
Percepción	64,5%	71,6%	61,1%

Tabla 12-5. Índices de satisfacción Cliente Externo. Fuente: Cuestionario a las unidades de negocio del IESS realizado en la Tesis de Grado de la ESPOL por Fernando Félix Gavilánez Ramos y Zoila del Rocío Ortiz Zambrano

Satisfacción del personal y de los usuarios del IESS

Es necesario conocer la satisfacción del cliente tanto interno como externo para tomar una medida de acción correcta. A través de una investigación exploratoria analizando distintos parámetros, se llega al índice de satisfacción de las unidades del IESS (Salud Individual y Familiar, Riesgos del trabajo, Sistema de Pensiones y Seguro Social Campesino).

Este índice se sitúa en el 41,9% para el personal y en el 48,9% para los clientes, cifras que no llegan al aprobado y que han de ser analizadas más a fondo para poder incrementar la satisfacción [37].

En cuanto al índice del personal, éste tiene tres áreas, la satisfacción por parámetro del cliente interno, CI, del área administrativa, AA, y del área de salud, AS; y los parámetros que lo conforman con su respectiva nota de satisfacción por área los podemos ver en la **tabla 11-5**.

Por tanto observamos que las mayores deficiencias se encuentran en la capacitación continuada y en las condiciones ambientales, mientras que las fortalezas se encuentran en el ambiente de trabajo e implicación de mejora. Esto significa que aunque haya que hacer una mejora en prácticamente todos los parámetros, es en el reciclaje del personal y en las condiciones de trabajo para realizar un trabajo eficiente donde hay que hacer hincapié. En cuanto al índice del cliente externo,

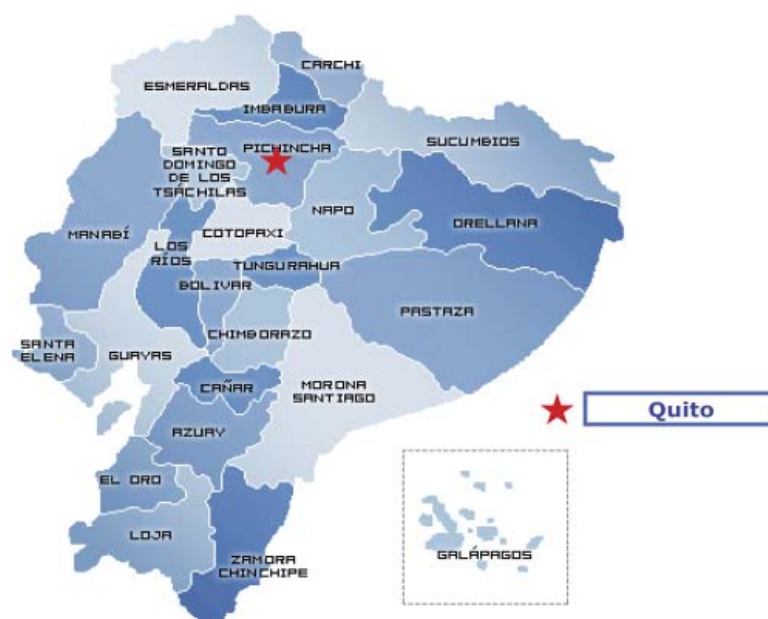


Figura 2-5. Mapa de Ecuador y sus provincias.

las áreas son las mismas, siendo los parámetros los que difieren (ver **tabla 12-5**).

En este caso, observamos que las diferencias son mínimas, encontrándose las fortalezas en empatía y percepción, mientras que las deficiencias están en la capacidad y garantía y confianza. Por tanto habría que mejorar la capacidad de respuesta y la oportunidad en la atención al IESS así como los procesos con garantía, credibilidad y confianza. Una mejora adecuada de estos parámetros conllevaría un incremento del índice de satisfacción en su totalidad, tanto del personal como de los pacientes y sus implicaciones son trascendentales en un sistema de libre elección. A mayor satisfacción de personal, mayor calidad de servicios ofrecidos y por tanto mayor satisfacción de los clientes, lo que implica un aumento de demanda debido a la libre elección.

Un proyecto como el que se propuso abordar, y que se describe en este trabajo, era una empresa que ayudaría a mejorar de manera muy notable todos los aspectos identificados en estos estudios de satisfacción. Podemos decir, que se podría influir a través del modelo de gestión en todos los puntos tanto fuertes como débiles identificados en los resultados de estas encuestas y estudios de satisfacción.

5.1.5. ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y TECNOLÓGICOS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR

Una vez establecidas las principales características del Sistema de Salud ecuatoriano y más concretamente del IESS, así como los factores políticos que han condicionado la reforma, queremos profundizar algo más en la caracterización del entorno desde tres puntos de vista:

- Sociodemográfico,
- Económico, y
- Tecnológico

Por otro lado y a continuación, estudiaremos el estado de la salud y los recursos que se destinan a la atención.

Respecto de los determinantes **sociodemográficos**, entre ellos se han analizado aquellos con mayor repercusión sobre la caracterización del tipo de demanda de servicios de salud: factores geográfico-territoriales, demográficos, educación y vivienda.

Como podemos ver en la **Figura 2-5**, Ecuador se distribuye en 24 provincias que a su vez se dividen en cantones, sumando un total de 224. El HSFQ se sitúa en el cantón Distrito Metropoli-

tano de Quito, capital de Ecuador y cabecera de la provincia de Pichincha. Quito, junto a Cuenca (Azuay) y Guayaquil (Guayas), es uno de los tres cantones más poblados de Ecuador.

La población de Ecuador a día de hoy de acuerdo a la página Web del INEC alcanza los 14.483.499 habitantes. Tal y como se muestra en la siguiente tabla que recoge la población desde el año 2000, y su proyección a 2020 distribuida por sexo, grupos de edad y residencia, la tendencia al descenso de la natalidad traerá como consecuencia una reducción demográfica del tramo etario de 0 a 14 años de más de 7 puntos porcentuales, en el intervalo temporal entre 2000-2020. Este, junto con la mayor expectativa de vida al nacer, se traducirá en un incremento de los tramos de mayor edad, siendo del 5% en el tramo entre 15 y 64 años y de un 3% en el de mayores de 65 años. Todo ello indica un progresivo envejecimiento demográfico. Por sexo no existen diferencias notables entre hombres y mujeres aunque a 2020 se espera un mayor % de mujeres mayores de 65 años [38].

Los residentes en zonas urbanas representan el 66,25% de la población total (9.410.481 habitantes), mientras que los residentes en áreas rurales conforman el 33,75% (4.794.419 habitantes). Del análisis de la tabla de proyecciones se deduce que en los próximos años proseguirá la tendencia a la migración del campo a la ciudad, fundamentalmente entre la población más joven, acompañando a la despoblación de las áreas rurales, un envejecimiento más acuciante con el consecuente incremento de las patologías crónicas. Además, se trata de un país intercultural conformado por un 80% de población mestiza, un 8% blanca, un 7% indígena y un 5% afro-ecuatoriano (Fuente: INEC, Datos Preliminares del Censo de Población y Vivienda 2010).

En las **tablas 13-5** y **14-5**, se observa la distribución según áreas urbanas y rurales y sexo para el total de Ecuador, con la evolución habida desde 2005, y las previsiones a 2015 y 2020:

Las tendencias demográficas en Ecuador, tal y como podemos observar en la **figura 3-5** (Perfiles pirámides poblacionales Ecuador), confirman un progresivo, aunque lento, envejecimiento de la

población, así como un predominio de población joven, sobre todo en los rangos comprendidos entre los 0-14 y los 15-29 años, que conforman casi el 30% de la población, aunque el predominio será el de las edades comprendidas entre 30 y 64 años que para 2025 serán el 40% de la población. La tendencia para los próximos años es de un aumento de la población mayor de 65 años así como una reducción leve de la población más joven, tratándose en cualquier caso de un proceso de envejecimiento mucho menos acentuado que en otros países del Cono Sur [39]:

Los índices de crecimiento de la población previstos para los próximos años confirman la brecha existente entre las zonas urbanas y rurales, con un crecimiento que, aunque en ambos casos se va ralentizando, es considerablemente mayor en el primer caso con respecto al segundo. En la distribución del crecimiento edad, se observa un fuerte descenso en el crecimiento de población comprendida entre los 15-64 años, no así en los de más de 65, lo que constata el envejecimiento de la población a largo plazo. Las diferencias de crecimiento entre sexos no presentan grandes diferencias.

La tasa de crecimiento se ha ido reduciendo por la evolución estimada de indicadores como:

- Descenso previsible de la tasa de global de fecundidad (2,6 en 2010) [39].
- Decremento de la tasa global de natalidad.
- Incremento de la tasa de mortalidad por el paulatino envejecimiento de la población.

Los principales indicadores demográficos de Ecuador en relación con los países andinos, según datos de la OPS de 2010 [40]:

Entre las tendencias demográficas cabe citar: a) una tasa global de fecundidad total que contrasta con el número y con la tasa de fecundidad de las mujeres pobres; b) cambios en las pautas de mortalidad, que indican mejoras importantes en la expectativa de vida tanto de los hombres como de las mujeres; c) una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de 16,9 por cada 1000 nacidos vivos y d) un aumento de la emigración desde el Ecuador, que corresponde al 5% de la población total durante los últimos cinco años

	ECUADOR			
	2005	2010	2015	2020
TOTAL	13.215.089	14.204.900	14.550.000	15.349.000
hombres	6.628.368	7.115.983	7.276.000	7.664.000
mujeres	6.586.721	7.088.917	7.274.000	7.685.000
URBANA	8.378.469	9.410.481	10.177.000	11.127.000
hombres	4.153.605	4.671.748	5.048.000	5.518.000
mujeres	4.224.864	4.738.733	5.129.000	5.609.000
RURAL	4.836.620	4.794.419	5.019.000	5.062.000
hombres	2.474.763	2.444.235	2.554.000	2.570.000
mujeres	2.361.857	2.350.184	2.465.000	2.492.000

Tabla 13-5. Distribución según áreas urbanas y rurales y sexo para el total de Ecuador

	2010	2015	2020
% Hombres	50,10%	47,88%	47,34%
% Mujeres	49,90%	47,87%	47,47%
% Urbana (2010)	66,25%	66,98%	68,73%
% Hombres	49,64%	49,60%	49,59%
% Mujeres	50,36%	50,40%	50,41%
% Rural (2010)	33,75%	33,03%	31,27%
% Hombres	50,98%	50,89%	50,77%
% Mujeres	49,02%	49,11%	49,23%

Tabla 14-5. Distribución según % de población urbana y rural por año y género de Ecuador. Fuente: Proyecciones Población INEC y CEPALSTAT



Figura 3-5. Pirámides poblacionales Ecuador. Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA). Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2004 y Proyecciones Mundiales de Urbanización: Revisión 2003. Elaboración Imsero: Portal de Mayores CEPAL CELADE

Año Edades	2005			2010			2015			2020			2025		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-14	2.171	2.089	4.260	2.151	2.065	4.216	2.094	2.010	4.104	2.046	1.961	4.007	2.013	1.927	3.940
15-29	1.808	1.770	3.578	1.861	1.818	3.679	1.956	1.903	3.859	2.026	1.966	3.992	2.050	1.985	4.035
30-64	2.213	2.243	4.456	2.458	2.503	4.961	2.719	2.776	5.495	2.971	3.036	6.007	3.232	3.303	6.535
>65	358	410	768	427	491	918	508	586	1.094	622	723	1.345	745	872	1.617
Total edades	6.550	6.512	13.062	6.897	6.877	13.774	7.277	7.275	14.552	7.665	7.686	15.351	8.040	8.087	16.127

Tabla 15-5. Proyecciones Población INEC y CEPALSTAT. Por edades y género.

Año Edades	2005			2010			2015			2020			2025		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-14	33,13%	32,08%	32,62%	31,19 %	30,03%	30,61%	28,78 %	27,63%	28,20%	26,69%	25,51%	26,10%	25,04 %	23,83%	24,43%
15-29	27,60%	27,18%	27,39%	26,98 %	26,44%	27,61%	26,88%	26,16%	26,52%	26,43%	25,58%	26,00%	25,49 %	24,54%	25,02%
30-64	33,79%	34,44%	34,11%	35,64 %	35,74%	36,02%	37,36%	38,16%	37,76%	38,76%	39,50%	39,13%	40,20 %	40,84%	40,52%
>65	5,47%	6,30%	5,88%	6,19%	7,14 %	6,66%	6,98 %	8,05%	7,52%	8,11%	9,41%	8,76 %	9,26 %	10,78%	10,02 %

Tabla 16-5. Proyecciones Población INEC y CEPALSTAT. Por edades y género en %

(en el período 2001–2005 aproximadamente un millón de personas abandonaron el país).

Ecuador es uno de los países con más población emigrante. Las cifras de 2008 sobre entradas y salidas de la población confirman esta tendencia, aunque también está aumentando la cifra de retornos por causa de la crisis global que afecta a sus países de destino (España recibe al 58% de la emigración ecuatoriana seguida de Estados Unidos con un 24%; e Italia con el 11,2%). Los residentes en Estados Unidos tienen la posibilidad de afiliación al IESS durante el período de tiempo que estén trabajando fuera, para poder disfrutar de los beneficios del aseguramiento una vez regresen a su país.

En cuanto a la educación, factor clave para el acceso y comprensión de los servicios de salud y prevención de enfermedades transmisibles, la

tasa general de analfabetismo de la población de más de 15 años era del 7,8% según datos del INEC para 2009, aunque en provincias con mayor población indígena el porcentaje es mayor. La tasa fue también mayor en las mujeres (9,1% frente a 6,4% en hombres). Tal y como se muestra en la **Figura 6-5** durante el último decenio ha habido un crecimiento de la matrícula básica de unos 7 puntos porcentuales, alcanzando cerca del 90% en el 2010, lo que le mantiene en torno a la media de los países andinos, que se sitúa en el 92% de instrucción básica.

Sin embargo, estos datos difieren con los de la OPS que, según datos de 2008, situaban el porcentaje de población alfabeta en un 84%, lejos del 92,2% citado anteriormente para 2009, con una diferencia de 3 puntos porcentuales entre hombres y mujeres.

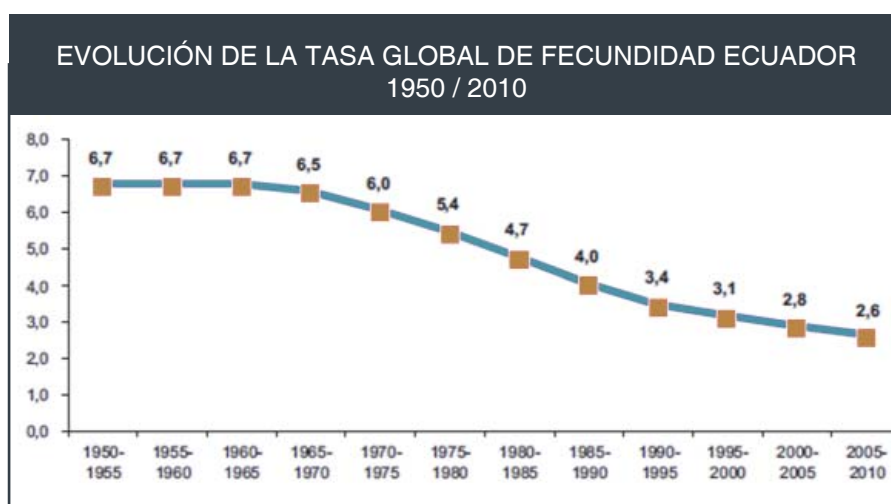


Figura 4-5. Evolución de la tasa global de fecundidad. Ecuador.

HOMBRES	2000-2025	2025-2050
0-14	-0,5	-4,7
15-59	16,7	2,9
60 y más	37,0	29,0

Tabla 17-5. Tasa de crecimiento estimada por edad y sexo. Hombres

MUJERES	2000-2025	2025-2050
0-14	-0,7	-4,9
15-59	16,6	2,6
60 y más	37,8	29,5

Tabla 18-5. Tasa de crecimiento estimada por edad y sexo. Mujeres

	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Total	1,9	1,06	1,1	1,07
Urbana	2,22	2,13	1,95	1,79
Rural	0,17	0,23	0,19	0,17

Tabla 19-5. Tasa de crecimiento estimada por región

	2000 - 2005	2005 - 2010	2010 - 2015	2015 - 2020
Tasa global fecundidad (x 1.000 hab.)	2,82	2,58	2,38	2,22
Tasa bruta natalidad (x 1.000 hab.)	23,19	20,99	19,29	17,98
Tasa Bruta mortalidad (x 1.000 hab.)	4,98	5,14	5,35	5,61

Tabla 20-5. Tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad

		2010	
		ÁREA ANDINA	ECUADOR
Población total (Miles)		128.646	13.775
Tasa cruda natalidad (miles)		20,6	20,1
Media anual nacimientos		2.655,0	277,3
Media anual defunciones		710,5	72,3
Crecimiento poblacional		1,4	1,1
Tasa global fecundidad		2,5	2,6
Población urbana (%)		78,1	66,9
Razón de dependencia		55,6	59,5
Esperanza de vida al nacer (años) 2010	Total	73,3	75,4
	Hombres	70,3	72,5
	Mujeres	76,5	78,5

Tabla 21-5. Principales indicadores demográficos de Ecuador en relación con los países andinos

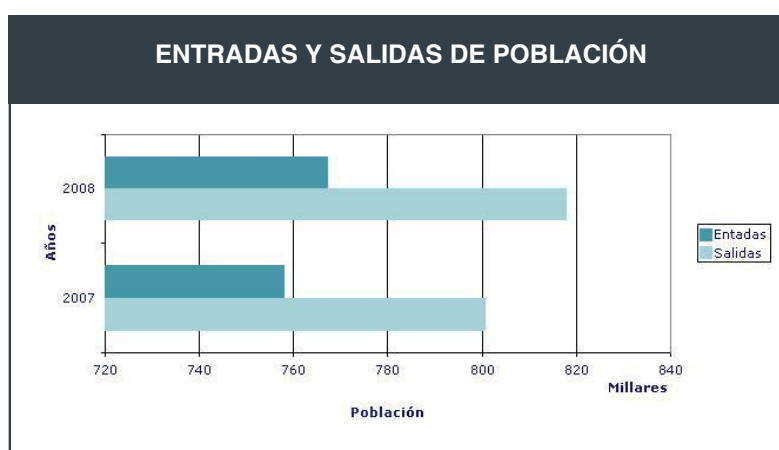


Figura 5-5. Datos migración Ecuador. Entradas y salidas

Los problemas de acceso y culminación del Nivel de instrucción básica de la población según quintil de consumo y etnia muestran que los quintiles 1 y 2 tienen menores porcentajes que el nivel país; así como las etnias indígenas y afroecuatorianas, las cuales no superan el 86% en matrícula básica y el 34% en cumplimiento. En el 2009, el 79,5% de la población había completado la educación primaria, el 80,8% eran hombres y el 78,3% mujeres.

Con relación a la vivienda, el déficit habitacional cualitativo no implica la necesidad de construir más viviendas sino más bien de mejorar las condiciones habitacionales de las mismas. Para consi-

derar que una vivienda tiene déficit habitacional cualitativo, se tiene que definir las deficiencias cualitativas en tres dimensiones: materialidad, espacio y servicios. Si al menos una de ellas tiene condiciones de deficiencia se catalogará a la vivienda con déficit habitacional cualitativo [41].

El 71,6% de las viviendas, presenta deficiencias en materiales como: piso, paredes y techo; el 40,3% presenta deficiencias en servicios básicos dentro de los que están la luz, agua y servicio higiénico; el 29,8% de las viviendas tiene hacinamiento, es decir, habitan más de tres personas por dormitorio.

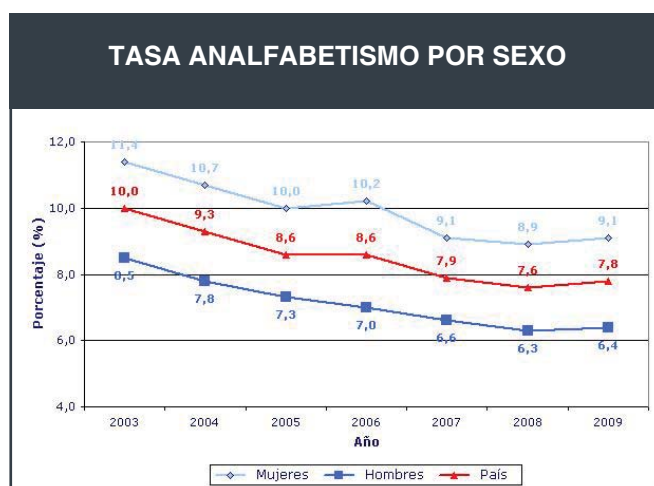


Figura 6-5. Tasa de analfabetismo por sexo

% POBLACIÓN ALFABETA (≥15 AÑOS) 2008			
REGIÓN/PAÍS	Total	Hombres	Mujeres
Área Andina	92	93,7	89,9
Ecuador	84	87,3	81,7

Tabla 22-5. Población alfabetizada de menores de 15 años. 2008.

Por último, el porcentaje de viviendas con acceso a agua entubada por red pública dentro de la vivienda ha crecido progresivamente, pasando de un 37% en 1995 al 48% en 2006, lo que contrasta con el 72% de viviendas que cuentan con instalación de agua por tubería en la Comunidad Andina. El déficit del acceso a agua entubada se refleja en la brecha urbano-rural, con valores del 66% y del 14% de cobertura respectivamente. Esta misma brecha se observa en el indicador de pobreza, donde el quintil más pobre (1) tiene una cobertura de agua del 11% frente al 87% del quintil más rico (5). La proporción de viviendas con servicio de eliminación de excretas ha pasado del 84% en 1995 al 92% en el 2008. La diferencia urbano-rural llega a 12 puntos, y la diferencia por pobreza de consumo es de 26 puntos entre el quintil 1 y el 5.

Se ha visto un incremento en la cobertura de la red de alcantarillado pasando del 44% en 1995 al 49% en el 2006, pero existen diferencias regionales: mientras que la región Sierra del país tiene el 69% de las viviendas cubiertas, en la Costa y Amazonía la cobertura no llega al 40%. Asimismo,

se ve una diferencia entre las zonas rurales y urbanas, con una cobertura del 29% y del 95% respectivamente. La cobertura de la recolección de basura llega al 43% en el quintil 1, y al 94% de las viviendas en quintil 5. La mayoría de las provincias tienen una cobertura del 50% - 75%.

El déficit habitacional es determinante para la salud, ya que un número importante de las enfermedades infecciosas se deben a este factor, sobre todo en niños. Pichincha está situada en la Región Sierra y Quito es un área urbana, por lo que su población es de las que menos sufre el déficit habitacional, pese a que la cifra de 65% sea alta.

En relación a los determinantes **económicos**, podemos decir que, la economía ecuatoriana está basada en la exportación de petróleo, banana y camarón, así como en el turismo. Según datos del MSP, el gasto en salud como porcentaje del presupuesto general del Estado ha ido variando en los últimos años, situándose en 2010 en un 4,9%, cifra por debajo de la de los años anteriores, a pesar de que el presupuesto nacional ha aumentado (**Figura 9-5**) .

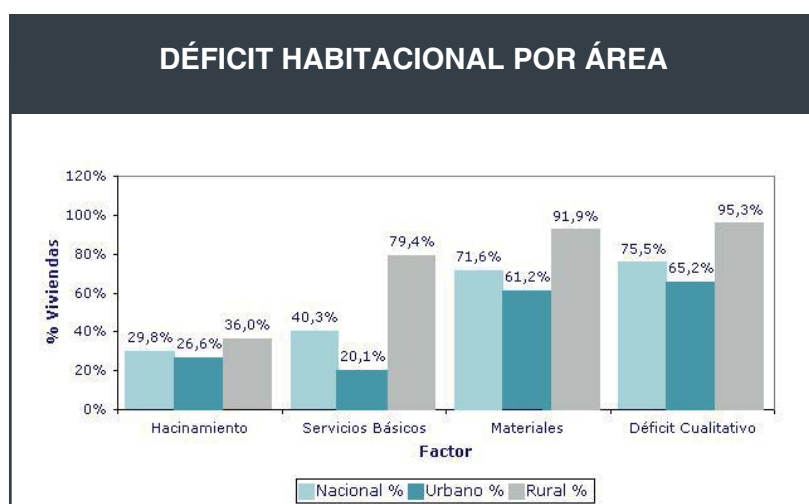


Figura 7-5. Déficit habitacional por área.

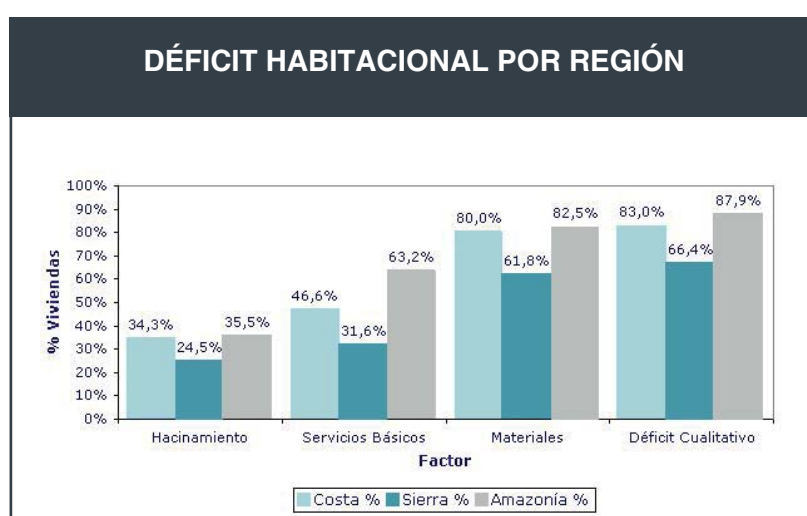


Figura 8-5. Déficit habitacional por región.

INSTALACIONES MEJORADAS DE SANEAMIENTO, 2008			
REGIÓN / PAÍS	Total	Urbana	Rural
Área Andina	70	79,0	49,0
Ecuador	92	96,0	84,0

Tabla 23-5. Instalaciones mejoradas en saneamiento. 2008. Fuente: Indicadores básicos 2010, OPS

De acuerdo a los datos del Banco Central de Ecuador, el PIB per cápita del país en 2010 fue de \$4.082 **Tabla (25-5)**, lo que supone un notable incremento desde el año 2005, como muestra el evolutivo de la tabla 24-5. Sin embargo, esta cifra sigue estando por debajo de las cifras de los países andinos, que se sitúa en una media de 6.716\$ per cápita. Sin embargo, el gasto en salud como % PIB en Ecuador fue de 6,1 en 2009, frente al

promedio de 5,45 de los países andinos.

Según Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OPS para 2010, la distribución entre el gasto público y privado en salud como % del PIB, en Ecuador representa el 2,3% frente al 4% respectivamente, siendo uno de los países de la región andina en los que la inversión privada tiene más importancia frente al sector público [42].



Figura 9-5. Gasto en salud como porcentaje del presupuesto general del Estado.

La distribución de la riqueza de Ecuador ha mejorado ligeramente, pasando en 2004 de 3,70% de riqueza en el quintil 1 y 56,15% en el quintil 5 a 4,04% y 55,01% respectivamente en 2009. Estas cifras coinciden con la media del resto de países andinos, en la que el quintil 1 es de 3,66% y un 55,60% para el quintil 5. Pese a ello, la pobreza y las brechas en la riqueza constituyen uno de las principales barreras de acceso a los servicios sanitarios y las políticas y programas deben ir orientados a cubrir las necesidades de la población con menos recursos.

Los principales problemas sociales que afectan la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia. En 2010, la incidencia de pobreza registrada para la población rural fue del 52,46% frente a un 22,45% en áreas urbanas. Los niveles de pobreza entre los indígenas y afroecuatorianos, así como entre los habitantes del campo son mucho mayores al promedio nacional (68%, 43% y 62%, respectivamente). Los restantes grupos étnicos tienen niveles de pobreza inferiores a la media nacional.

Asimismo, el desempleo tiene una importante repercusión en el acceso a los servicios de salud, puesto que la adscripción a un seguro social viene determinada por la condición de dependencia laboral. Es por ello que las últimas reformas del sector sanitario van encaminadas al aseguramiento universal con independencia de la situación laboral. La tasa de desempleo urbano según

el Banco Central de Ecuador (BCE) a marzo del 2011 se encuentra en el 7,04%, oscilando esta cifra en los últimos 4 años entre el 6% y el 9% [43].

Las mujeres, representan alrededor del 40% de la población económicamente activa y sus tasas de desempleo duplican o triplican las masculinas. La segmentación del mercado laboral ubica a las mujeres en sectores específicos generalmente relacionados con su rol tradicional de cuidado o como proveedora secundaria en los sectores de menor productividad, ingresos y protección social.

Según datos del INEC del 2010, la población económicamente activa (PEA) en Ecuador supone un 46% de la población total, frente a un 36% en Quito. Sin embargo, la tasa de ocupación en Quito es mayor que la media nacional, con un 59% frente al 37% para el total de Ecuador, siguiendo la tendencia de mayor ocupación en áreas rurales [44].

Por último y en cuanto a los determinantes tecnológicos, se establece que el MSP, mediante su proceso de ciencia y tecnología, ejerce la rectoría en investigación y desarrollo científico y tecnológico en salud. Para tales fines cuenta con el apoyo de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT), la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología del CONASA (COMCYT) — que en 2006 formuló la política de investigación en salud —, el Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas, y otros organismos nacionales e internacionales [45].

AÑO	PIB (MILLONES US\$)	PIB (US\$) PER CÁPITA	GASTO TOTAL EN SALUD % PIB
Enero 2005	36.942	2.795	5,2
Enero 2006	41.705	3.110	5,3
Enero 2007	45.504	3.345	5,4
Enero 2008	54.209	3.972	5,3
Enero 2009	52.022	3.715	6,1
Enero 2010	57.978	4.082	

Tabla 24-5. *Producto Interior Bruto de Ecuador.*

	PIB PER CÁPITA US\$ 2010	GASTO TOTAL EN SALUD % PIB 2009
Bolivia	1.973	4,8
Colombia	6.224	6,4
Perú	5.216	4,6
Venezuela	13.451	6,0
Promedio países andinos	6.716	5,45

Tabla 25-5. *Producto Interior Bruto de Ecuador. Promedio de países andinos*

DISTRIBUCIÓN RIQUEZA EN PAÍSES DEL ORGANISMO ANDINO DE SALUD					
PAÍS / QUINTIL	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Bolivia 2007	2,12%	6,40%	11,68%	20,05%	59,76%
Chile 2009	4,13%	7,86%	11,68%	18,37%	57,96%
Colombia 2009	2,56%	6,42%	10,83%	18,49%	61,70%
Ecuador 2009	4,04%	8,07%	12,81%	20,06%	55,01%
Urbana	3,37%	8,51%	13,08%	20,28%	53,76%
Rural	4,82%	9,91%	14,37%	21,28%	49,26%
Perú 2009	4,27%	8,65%	13,78%	21,56%	51,74%
Venezuela 2009	5,23%	10,24%	15,23%	22,47%	46,83%

Tabla 26-5. *Producto Interior Bruto de Ecuador. Promedio de países andinos*

El Foro Nacional de Investigación en Salud reúne a investigadores e instituciones relacionadas con investigación en salud e impulsa políticas de investigación orientadas a las prioridades nacionales. La inversión en investigación y desarrollo en 2003 fue 0,07% del PIB. Por su importancia como instrumento para el desarrollo social y económico del país, el gobierno decidió invertir en ciencia y tecnología, por lo que se adjudicó 5% de los fondos existentes en la Cuenta Especial de Reactivación Productiva y Social—US\$ 8 millones en 2005 y US\$ 26 millones en 2006, en cada caso

aproximadamente 14% del total para salud—para actividades relacionadas con ciencia, tecnología e innovación.

Desde su inicio en 1998 hasta 2003, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) abrió siete centros cooperantes, los cuales ingresan y envían información regularmente para alimentar la base de datos de la BVS; además, se organizó la red de información con cuatro centros de área ubicados en diferentes universidades y un centro coordinador de áreas. En enero de 2006 se publicó la política nacional de ciencia, tecnología e innovación.

	DIC. 2008	DIC. 2009	DIC. 2010
PEA (Población Económicamente Activa)			
Población Nacional	13.805.095	14.005.449	14.204.900
PEA Nacional	6.536.310	6.685.111	6.535.240
%	47,35%	47,73%	46,01%
Población Quito	2.093.458	2.122.594	2.151.993
PEA Quito	812.182	834.333	781.114
%	38,80%	39,31%	36,30%
Tasa Desempleo			
Nacional	5,9%	6,5%	5,0%
Quito	5,8%	6,1%	4,3%
Tasa Subempleo			
Nacional	58,1%	60,1%	56,8%
Quito	41,7%	40,1%	31,9%
Tasa Ocupados			
Nacional	35,8%	31,5%	37,30%
Quito	51,6%	42,2%	59,4%
Tasa Participación			
Nacional	54,9%	47,5%	45,80%
Quito	51,6%	52,3%	48,40%

Tabla 27-5. Datos de Población Económicamente Activa.

Ecuador tiene un uso de las tecnologías por debajo de la media de los países andinos, en los que la media de hogares que cuenta con telefonía móvil se sitúa en torno al 70% frente a un 38% en Ecuador, o las personas que usan Internet en las áreas urbanas, con un 39% y un 10% en los países andinos y Ecuador respectivamente [44].

En un sistema de asistencia sanitaria cuya entrada y asignación de citas se realiza a través de un call center, esto supone una cifra muy baja que puede provocar brechas entre la población urbana y rural o los que tienen menos recursos.

5.1.6. ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR

Analicemos a continuación, cómo identificar los problemas de salud más demandados en la población ecuatoriana, y derivado de estos estudios de mortalidad y morbilidad, veamos de qué manera se accede a los servicios y recursos de salud, así como el uso de los mismos por la población.

Según la Organización Panamericana de la Salud, los problemas de salud pública más frecuen-

tes en Ecuador son los accidentes de transporte y las agresiones, evidenciándose una acumulación epidemiológica en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónicas-degenerativas, estando relacionado tal perfil epidemiológico con una serie de determinantes tales como los niveles de pobreza y la inequidad del país [40].

Mortalidad

De acuerdo a datos de la OMS para 2010, el 65% de defunciones en Ecuador están causadas por enfermedades no transmisibles (ENT) [46], relacionadas entre sí, y que tienen que ver con factores de riesgo comunes tales como inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de muerte, en su orden, fueron: enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, accidentes de transporte terrestre, agresiones (homicidios), cirrosis y otras enfermedades del hígado y ciertas afecciones originadas en el período perinatal. La

TASA DESEMPLEO EN PAÍSES ANDINOS DICIEMBRE 2010	
Chile	7,1
Colombia	11,1
Perú	7,2
Venezuela	6,5

Tabla 28-5. Tasa de desempleo en países andinos.

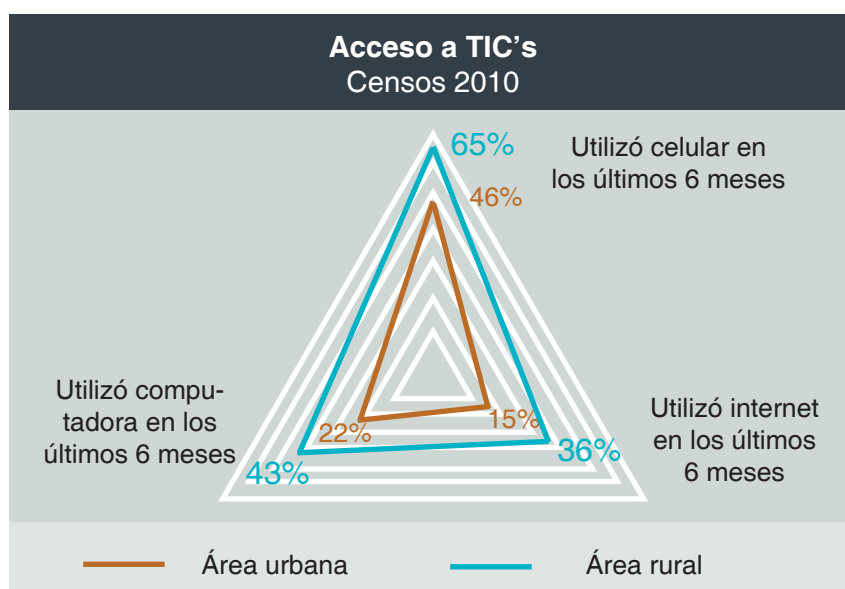


Figura 10-5. Acceso a tecnologías de la información. Datos del 2010

mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, hipertensión arterial y diabetes ha tenido un incremento rápido y sostenido (Figura 11-5).

A partir de 1998 Ecuador ha disminuido progresivamente la mortalidad infantil (menor de 1 año) y de la niñez (0 a 5 años). De acuerdo con las Estadísticas del INEC en el período 2000-2009, el país presentó tasas de mortalidad infantil de 18,8 y 11/1.000 nacidos vivos respectivamente, lo cual representa una disminución del 42%. Asimismo, la mortalidad en menores de 5 años descendió significativamente de una tasa de 28,9 a una de 16,4/1.000 nacidos vivos en 2008. Cabe anotar, no obstante, que la mortalidad infantil según los registros oficiales (estadísticas de nacimientos y defunciones), presenta un subregistro estimado de alrededor del 35%. Por ello, si se consultan datos de la OPS para 2008, estas cifras difieren mostrando tasas superiores, según indica la tabla siguiente. Esta reducción de la mortalidad infantil y de la niñez, una de las más bajas entre los países de su entorno, está en estrecha relación con la disminución de las barreras económicas, sociales y culturales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

Las tasas de mortalidad son más elevadas en el área rural, tanto en la mortalidad infantil como de la niñez [47]. Las principales causas de mortalidad infantil están directamente relacionadas con el período neonatal y muchas de ellas son pre-

venibles: los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación, bajo peso al nacer, neumonías, sepsis bacteriana.

En cuanto a la mortalidad materna, esta pone de manifiesto la capacidad y calidad de la oferta y acceso de las mujeres a los servicios y la salud, puesto que los procesos obstétricos directos o causas de mortalidad relacionadas directamente con el embarazo, el parto y posparto, han mejorado. Según los informes del INEC, en el año 1990 la razón de mortalidad materna en Ecuador fue de 117,2/ 100.000 nacidos vivos y en el año 2009, de 71 (80 según datos la OPS para 2008). A pesar de su reducción, es todavía alta con relación a la meta de los Objetivos del Milenio, fijada en 29,3 defunciones maternas/100.000 nacidos vivos. Hay que resaltar el hecho de que en el año 2004 esta tasa se situaba en 43/100.000 n.v., y esta cifra se ha vuelto a incrementar en los últimos años.

La mayor parte de las muertes maternas se deben a hemorragias obstétricas (43,3%) y, de éstas, la hemorragia post-parto corresponde al 31,8%; como segunda causa está la eclampsia (32,7%) y la sepsis (1,7%). Entre los factores que más se asocian con la mortalidad materna están el lugar de atención del parto, el personal que atiende el mismo, la oportunidad, el lugar y personal que atiende las complicaciones y el control post-parto.

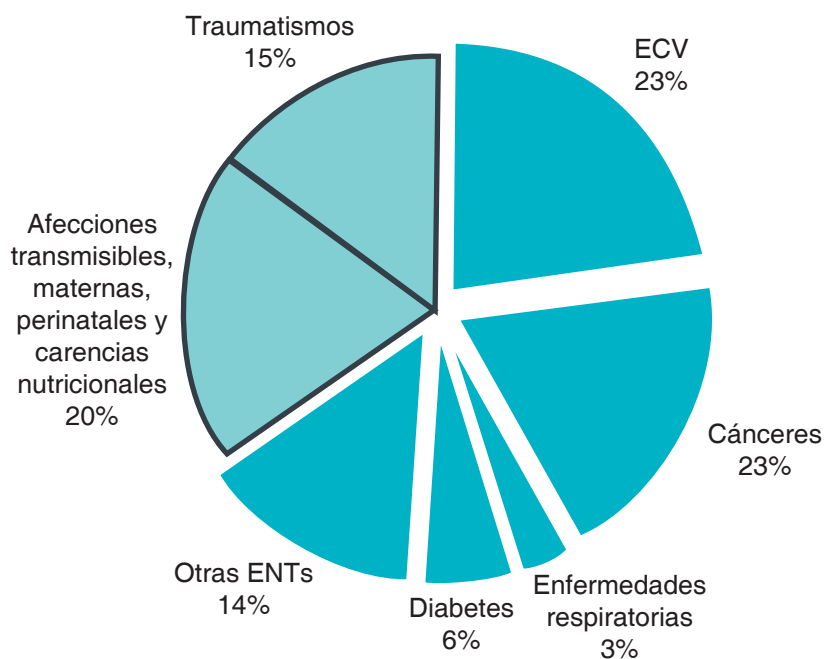


Figura 11-5. Principales causas de muerte. Fuente: OMS - ENT Perfiles de países, 2011

	ÁREA ANDINA	ECUADOR
Tasa de mortalidad infantil (1.000 nacidos vivos) 2008	20	16,4
Mortalidad en <5 años estimada (1.000 nacidos vivos)2008	24	25

Tabla 29-5. Tasa de mortalidad infantil.

TASA MORTALIDAD INFANTIL				
PAÍS	AÑO	REPORTADA	ESTIMADA	DIFERENCIA %
Bolivia	2008	50,00	38,20	-30,9
Colombia	2007	15,30	15,70	2,5
Ecuador	2008	16,40	18,70	12,3
Perú	2007	20,00	22,10	9,5
Venezuela	2008	15,80	15,60	-1,3

Tabla 30-5. Tasa de mortalidad infantil. Países andinos

TASA MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR (1.000 NACIDOS VIVOS)			
País	2000	2005	2010
Bolivia	85,9	64,5	51,2
Colombia	26,1	21,8	18,9
Ecuador	32,27	25,6	20,1
Perú	39,9	28,1	21,3
Venezuela	23,2	19,8	17,5

Tabla 31-5. Tasa de mortalidad infantil. Menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos

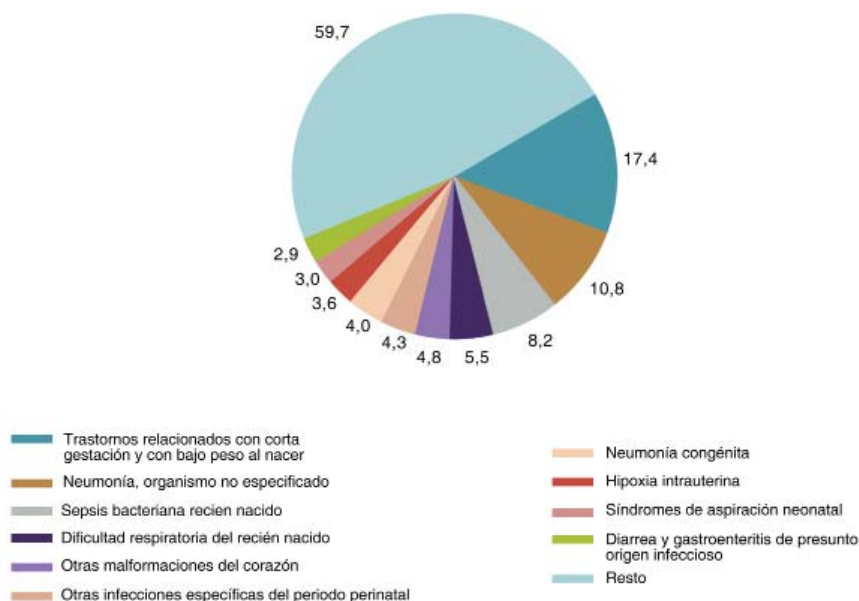


Figura 12-5. Principales causas de mortalidad infantil. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2010

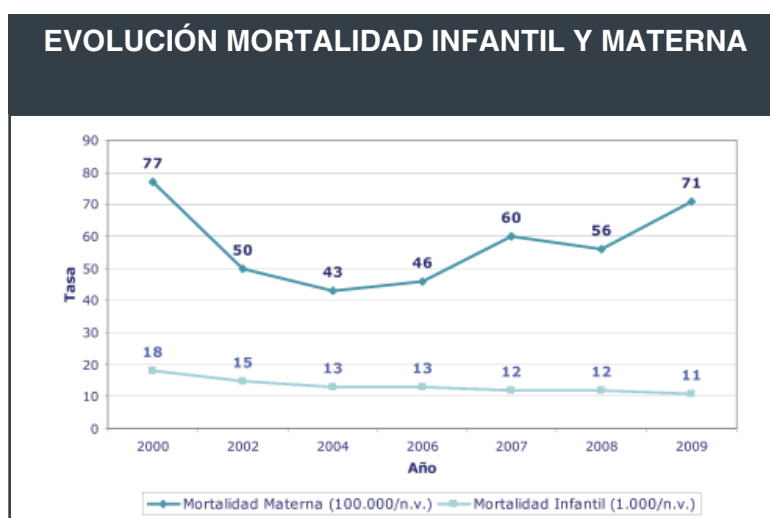


Figura 13-5. Evolución de la mortalidad infantil y materna.

	ÁREA ANDINA	ECUADOR
Razón de mortalidad materna (1.000 nacidos vivos) 2008	79,8	80
Tasa de mortalidad Infantil (1.000 nacidos vivos) 2008	20	16,4
Mortalidad en <5 años estimada (1.000 nacidos vivos) 2008	24	25

Tabla 32-5. Tasa de mortalidad infantil y materna.

INDICADORES DE MORTALIDAD					
	Tasa incidencia tuberculosis (100.000 hab) 2008	Población riesgo de malaria (%) 2009	IPA(Incidencia Parasitaria Anual) malárico (1,000 hab) 2009	Casos reportados dengue 2009	Tasa incidencia VIH (100.000 hab) 2008
Área Andina	51	10,1	10,8	215	4,1
Ecuador	36	5,2	3,0	4.489	8,2

Tabla 33-5. Tasa de mortalidad en diferentes patologías. Países andinos.

Principales enfermedades carenciales y transmisibles	Principales enfermedades crónico-degenerativas	Principales problemas de salud colectiva
<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones respiratorias agudas • Enfermedades diarreicas • Malaria • Tuberculosis pulmonar • Enfermedades inmunoprevenibles • Desnutrición global, desnutrición crónica y anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades cerebro vasculares • Cardiopatías isquémicas, • Hipertensión arterial, • Diabetes mellitus, • Tumores malignos, • VIH • Problemas de salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes de transporte • Agresiones

Tabla 34-5. Principales enfermedades según tipología.

La evolución anual de la incidencia de SIDA se ha incrementado aunque las muertes han disminuido, como resultado de un mayor control de la enfermedad en todo el mundo. Por otra parte, las enfermedades que constituyen el foco de atención del Fondo Global del SIDA, la malaria y la tuberculosis (TB), constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el país, seguidas de la diarrea bacteriana, hepatitis A, fiebre tifoidea, dengue y leptoespirosis.

Morbilidad

La información de los egresos hospitalarios del sistema de información del MSP y el EPI 2 muestra el incremento vertiginoso de la morbilidad por diabetes mellitus e hipertensión arterial (OPS Perfil 2009).

Según el INEC, las principales causas de atención en los centros hospitalarios durante 2009 fueron los partos únicos espontáneos y las cesá-

Nº ORDEN	CÓDIGO LISTA	CAUSAS	Nº EGRESOS	%	TASA/10.000 HAB.
1	J18	Neumonía, organismo no especificado	34.027	3,3%	24,3
2	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	32.675	3,2%	23,3
3	K80	Colelitiasis	27.677	2,7%	19,8
4	K35	Apendicitis aguda	24.027	2,3%	17,2
5	006	Aborto no especificado	21.894	2,1%	15,6
6	K40	Hernia inguinal	12.848	1,2%	9,2
7	047	Falso trabajo de parto	11.849	1,1%	8,5
8	N39	Otros trastornos del sistema urinario	10.926	1,1%	7,8
9	SO 6	Traumatismo intracraneal	10.555	1,0%	7,5
10	023	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9.530	0,9%	6,8
	080	Parto único espontáneo	120.484	11,7%	
	082	Parto único por cesárea	64.917	6,3%	
	081-084	Otros partos	585	0,1%	
		Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	30.201	2,9%	
		Las demás causas de morbilidad	619.762	60,1%	
		Total egresos hospitalarios	1.031.957	100%	
		Población estimada 2009*	14.005.449		

Tabla 35-5. Principales causas de morbilidad en Ecuador. Fuente: Sistema Común Información MSP.

reas. Además, las principales causas de morbilidad los podemos ver en la **tabla 35-5**.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de consulta externa en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (MSP) con una tasa de 26,6 por 100.000 habitantes.

En el caso de la condición nutricional, el último informe de la encuesta demográfica y de salud materna e infantil (año 2006) señala que el 23% de los menores de 5 años de edad presenta desnutrición crónica, cifras que aumentan cuando se trata de población rural, indígena y sin educación. La desnutrición aguda afecta al 9,1% de los menores de 5 años en el país.

Gracias al Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se ha conseguido reducir la mortalidad y

morbilidad generada por enfermedades prevenibles con vacuna (EPV), además de haberse erradicado enfermedades como el sarampión (9 años), la poliomielitis (16 años), la fiebre amarilla (6 años), la difteria y la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (2 años); la eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública nacional y provincial y la disminución de las neumonías y meningitis por *haemophilus influenza* tipo b.

Especial mención merece el tabaco. Según un informe del Banco Mundial, el 74% de todos los cigarrillos se consumen en países en desarrollo, fumando un 48% de los hombres y un 7% de las mujeres. El consumo de tabaco está relacionado con más de 25 enfermedades, respiratorias y cardiovasculares entre otras, y es además el principal factor causante del 30% de todos los

cánceres. Ecuador se encuentra en una etapa en que se empiezan a delimitar espacios sin humo en sitios públicos y se realizan programas preventivos y estrategias de control. Estas medidas preventivas del tabaco supondrán un cambio en los patrones epidemiológicos a los que habrá que atender.

Referente al **acceso a los Servicios de Salud**, el principal factor que condiciona el acceso a los servicios de salud es la afiliación a algún seguro médico. A pesar de los esfuerzos del gobierno para la universalización del aseguramiento, la realidad es que en la actualidad, la gran mayoría de la población de Ecuador no cuenta con un seguro de salud. Según datos de la Encuesta de Condiciones de vida de 2006, sólo el 21,4% de la población contaba con un seguro de salud en esa fecha. Los últimos datos del censo de 2010 publicados por el INEC, cifran en 22% la población ocupada que cuenta con el Seguro General y un 6,9% de personas que cuentan con un seguro de salud privado. Por último, los datos publicados por el IESS sitúan la cifra de población protegida en 19,96% (2007) y la de afiliados cotizantes en un 14,84% del total de la población (junio de 2011) (Ver tablas 36-5 y 37-5).

Otros factores que condicionan el acceso a los servicios de salud son el grupo étnico, el sexo, el tipo de población, el nivel socioeconómico y el nivel de atención al que se accede. En la tabla se observa que las mujeres acceden más a los servicios de salud que los hombres, sobre todo a partir de los 18 años. La diferencia entre urbano-rural vuelve a estar presente, puesto que en el segundo caso el tiempo de viaje siempre es mayor y más complicado. Por último, tanto el nivel económico como la pertenencia étnica crean grandes diferencias en el acceso, siendo la población indígena y la población con ingresos más bajos los más desfavorecidos a la hora de acceder a los servicios de salud, bien por dificultades de acceso o por barreras raciales y / o culturales, tal como podemos ver en la tabla 36-5.

Los datos sobre las tasas de **utilización de los recursos sanitarios**, indican que la población acude a consulta por enfermedad y no tanto de manera preventiva, dato que coincide con la baja utilización de los servicios sanitarios. De las

consultas por morbilidad un 18% corresponden al IESS frente a sólo un 3% de las consultas de prevención.

Por otra parte, del total de atenciones hospitalarias, más de la mitad son con ingreso, mayoritariamente de agudos, lo que contrasta con la tendencia de la ambulatorización de los procesos de atención. Las atenciones gineco-obstétricas suponen alrededor del 30%, con ligeras diferencias entre las provincias de influencia. De ellas, los partos con ingreso son los más frecuentes, aunque en Pichincha los partos ambulatorios alcanzan casi el 20 %, mientras que las cesáreas no superan el 15% y los abortos se sitúan alrededor del 10% (Tabla 39-5) [48].

Se observa una tendencia al incremento de los egresos hospitalarios y de la ocupación de las camas como consecuencia del incremento de equidad en el acceso a los servicios de salud. Esta se acompaña de una reducción del promedio de estancia, derivado de la mayor eficiencia y optimización de los recursos para absorber los aumentos de la demanda que conlleva la universalización

El 75,9% de los partos ocurrieron en instituciones de salud y un 24,1% en el domicilio; de este grupo, el 15% fue asistido por una partera no calificada, un familiar o sola. La encuesta demográfica y de salud materna e infantil de 2006 señala que, en los servicios de salud materna investigados, el control postparto es la acción de salud menos utilizada en Ecuador. Sólo el 36,2% (44,4% en el área urbana y 26,4% en el área rural) de las mujeres recibió al menos un control postparto.

Los datos de la OPS referentes a la atención de salud por personal cualificado, indican que los porcentajes tanto de la atención prenatal como del parto por personal cualificado es menor en Ecuador que la media de los países andinos

Según los datos de la OMS, y en relación a la oferta de los recursos destinados a salud, podemos decir que, el gasto público en salud como % del PIB se ha incrementado en la última década llegando al 6,1% en 2009, pero no lo ha hecho proporcionalmente al incremento del PIB, que sólo en el 2010 lo hizo un 3,58%. (Tabla 41-5) [46].

% POBLACIÓN AFILIADA SEGÚN INSTITUCIÓN ASEGURADORA 2009					
Provincias	IESS-SSC	ISFA-ISSPOL	Seguros Privados	Otros Seguros	Total por provincia
Azuay	22,1	0,5	0,9	0,7	24,2
Bolívar	12,2	0,4	0,2	0,0	12,8
Carchi	18,2	1,1	0,4	0,0	19,7
Cañar	16,5	0,4	0,4	0,0	17,3
Chimborazo	16,2	1,3	0,2	0,0	17,7
Cotopaxi	13,3	3,5	0,5	0,0	17,3
El Oro	12,1	1,3	0,5	0,1	14,0
Esmeraldas	17,6	1,6	0,7	0,1	20,0
Guayas	15,6	0,7	1,4	7,0	24,7
Imbabura	19,9	0,7	0,9	0,0	21,5
Loja	21,4	0,7	0,5	0,1	22,7
Los Ríos	10,7	0,1	0,6	0,0	11,4
Manabí	19,9	0,2	0,3	0,0	20,4
Pichincha	25,5	2,6	4,8	0,1	33,0
Tungurahua	16,2	0,6	0,7	0,1	17,6
Amazonia	16,6	1,2	0,2	0,0	18,0
Total por seguro	18,2	1,1	1,6	1,9	22,8

Tabla 36-5. % población afiliada según institución aseguradora.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD (%)		
Factores	Hombres	Mujeres
Zonas Geográficas		
Urbana	17,1	21,3
Rural	15,3	18,2
Pertenencia étnica		
Blanco	17,3	23,4
Indígena	12,3	14,8
Mestizo	16,9	20,5
Afroecuatoriano	15,1	18,7
Nivel económico		
Pobreza extrema	10,1	12,3
Pobreza relativa	14,6	16,8
No pobre	17,4	21,7

Tabla 37-5. % población con accesos a Servicio de Salud. Encuesta urbana de empleo y desempleo 2009.

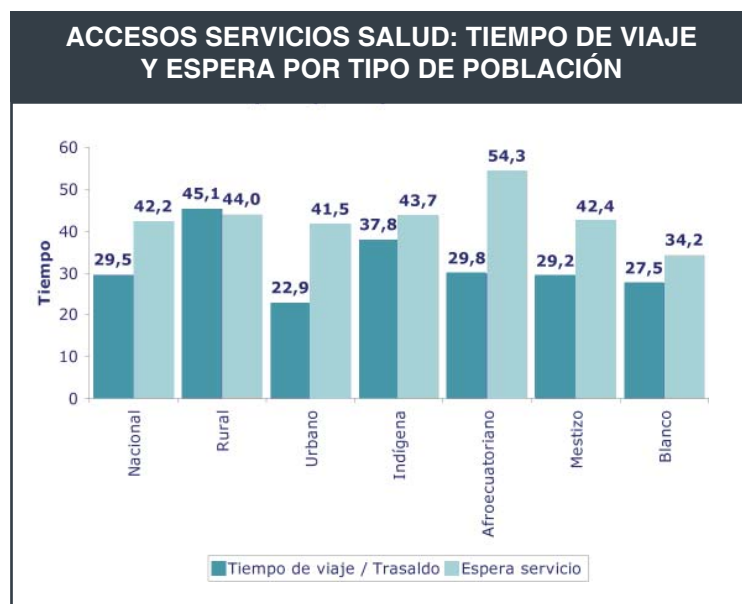


Figura 14-5. Acceso a servicios de salud: Tiempo de viaje y espera por tipo de población.

	TOTAL PAÍS		TOTAL ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS*	TOTAL IESS	IESS		
	CONSULTAS	%			PROPIOS	ANEXOS	SSCC
Consultas de morbilidad	29.758.573	100,0%	24.291.753	5.466.820	4.205.122	512.651	749.047
Porcentaje		100,0%	81,6%	18,4%	76,9%	9,4%	13,7%
Consultas de prevención	10.881.203	100,0%	10.555.288	325.915	205.465	44.088	76.362
Porcentaje		100,0%	97,0%	3,0%	63,0%	13,5%	23,4%
Consultas estomatología	6.837.470	100,0%	6.184.172	653.298	305.122	26.323	321.853
Porcentaje		100,0%	90,4%	9,6%	46,7%	4,0%	49,3%
*Excepto consultas del IESS. Consultas de morbilidad: Realizadas por médico, obstetra, psicólogo, y actividades de enfermería. Consultas de prevención: Prevención y gineco-obstétricas, realizadas por médico, obstetra, psicólogo, y actividades de enfermería.							

Tabla 38-5. Datos de consultas de morbilidad, prevención y estomatología. Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud - INEC 2009

PROVINCIA S	TOTAL ATENCI ONES	ATENCIONES GINECO-OBSTÉTRICAS							INTERVENCION ES QUIRÚR GICAS	EGRESOS HOSPITALARIOS		
		Partos			Cesareas	Abortos	Cureta- jes	Total		Total	Agudos	Cróni- cos
		Total	Ambula- torios	Ingreso								
TOTAL	896.632	154.153	14.565	139.588					182.383	468.521	465.579	2.942
%		62,73 %	9,45 %	90,55 %	17,26 %	10,05 %	9,96 %	27,41 %	20,34 %	52,25 %	99,37 %	0.63 %
Esmeraldas	38.995	8.217	812	7.405	2.107	1.554	1.389	13.267	4.862	20.866	20.866	
%		61,94 %	9,88 %	90,12 %	15,88 %	11,71 %	10,47 %	34,02 %	12,47 %	53,51%	100,00 %	
Pichincha	157.711	28.815	4.947	23.868	6.741	4.555	4.383	44.494	41.320	71.897	70.660	1.237
%		64,76 %	17,17 %	82,83 %	15,15 %	10,24 %	9,85 %	28,21 %	26,20 %	45,59 %	98,28 %	1.72 %
Santo Domingo	27.780	5.132	15	5.117	1.576	753	930	8.421	6.795	12.564	12.564	
		60,94 %	0,29 %	99,71 %	18,72 %		11,04 %	30,31 %	24,46 %	45,23 %	100,00 %	

Tabla 39-5. Atenciones sanitarias regiones. Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud - INEC 2009

	ATENCIÓN DE SALUD POR PERSONAL CAPACITADO (%) 2008	
	PRENATAL	DEL PARTO
Área Andina	90,7	87,7
Ecuador	84,1	71,4

Tabla 40-5. Atenciones sanitarias por personal capacitado (%). (Fuente: Indicadores Básicos 2010, OPS).

	INDICADORES PORCENTUALES DEL GASTO EN SALUD -OMS				
	2005	2006	2007	2008	2009
I. Porcentajes de gasto					
Gasto total en salud (GTS), como % del PIB	5,2	5,3	5,4	5,3	6,1
Medición de las fuentes de financiación					
Recursos externos para la salud, como % del GTS	0,4	0,7	0,9	1,1	0,9
Medición de los agentes de financiación					
Gasto del gobierno general en salud (GGGS), como % del GTS	40,1	43,6	42,3	42,3	48,4
Gasto privado en salud (GPS), como % del GTS	59,9	56,4	57,7	57,7	51,6
Fondos de la seguridad social, como % del GGGS	37,5	41,4	40,1	42,8	45,3
Seguros privados como % del GPS	5,4	5,7	5,7	5,4	5,4
Gasto directo como % del GPS	85,2	85,5	85,9	87,3	87,3
II. Algunos indicadores del gasto en salud per cápita					
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio	146,9	166,4	185,2	215,9	255,5
Gasto total en salud per cápita en términos de paridad del poder adquisitivo (UMN por US\$)	347,7	383,2	408,2	436,4	503,5
Gasto del gobierno general en salud per cápita al tipo de cambio x	58,9	72,6	78,3	91,2	123,7
Gasto del gobierno general en salud per cápita en términos de paridad del poder adquisitivo (UMN por US\$)	139,4	167,1	172,7	184,4	243,7

Tabla 41-5. Indicadores porcentuales del gasto de salud.

GASTO NACIONAL EN SALUD COMO % DEL PBI (2009')	
Gasto Público	2,7
Gasto Privado	3,7

Tabla 42-5. Gasto nacional en salud. % del PIB.

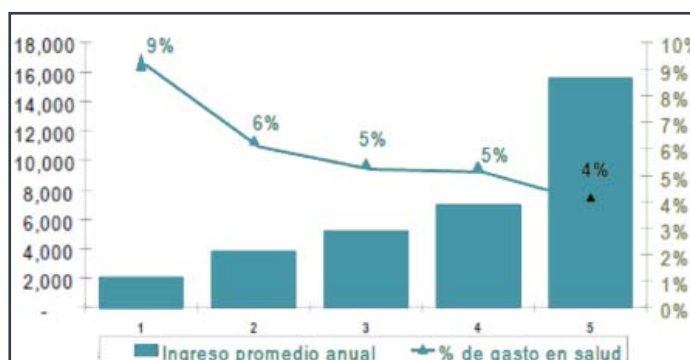


Figura 15-5. Encuesta de condiciones de vida. INEC

La distribución entre gasto público y privado es la siguiente: el 48,4% corresponde a gasto gubernamental, que ha crecido en los últimos 5 años, mientras que el 51,6% es gasto privado que, al contrario que en el caso del gobierno, se ha reducido desde 2005. Los fondos de la seguridad social como % del gasto gubernamental en sa-

lud han aumentado hasta alcanzar el 45,3%. De acuerdo a los datos de la OPS para 2009, el gasto nacional público y privado en salud como % del PIB fue de 2,7 y 3,7 respectivamente (**Tabla 42-5**).

Del total de gasto en salud, el 51,6% de este gasto proviene del sector público y 48,4% del sector

PROVINCIAS Y REGIONES	POBLACIÓN 2009*	MÉDICOS**		ODONTÓLOGOS		PSICÓLOGOS		ENFERMERAS		OBSTETRICES		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
		Nº	TASA X 1.000 HAB.	Nº	TASA X 1.000 HAB.	Nº	TASA X 1.000 HAB.	Nº	TASA X 1.000 HAB.	Nº	TASA X 1.000 HAB.	Nº	TASA X 1.000 HAB.
Total Ecuador	14.005.449	23.614	16,9	3.363	2,4	528	0,4	10.757	7,7	1.556	1,1	15.451	11
Región Sierra	6.294.076	12.734	20,2	1.732	2,8	330	0,5	6.323	10	602	1	6.968	11,1
Pichincha	2.427.503	6.285	25,9	680	2,8	193	0,8	3.409	14	262	1,1	3.280	13,5
Sto. Domingo de los Tsáchilas	331.126	563	17	33	1	9	0,3	93	2,8	32	1	289	8,7
Región Costa	6.958.218	10.150	14,6	1.277	1,8	176	0,3	3.874	5,6	844	1,2	7.779	11,2
Esmeraldas	510.581	435	8,5	102	2	11	0,2	184	3,6	87	1,7	383	7,5
Región Amazónica	694.804	715	10,3	339	4,9	22	0,3	547	7,9	108	1,6	687	9,9
Región Insular	23.863	15	6,3	14	5,9	0	0	12	5	2	0,8	16	6,7
Zonas no	34.488	0	0	1	0,3	0	0	1	0,3	0	0	1	0,3

*Estimaciones población INEC CEPAL (Ajuste a la creación de nuevas provincias y a la inclusión de La Concordancia en la provincia de Esmeraldas).

**Incluyen médicos que trabajan de forma ocasional o bajo demanda puntual.

Tabla 43-5. Oferta de personal asistencial por cada 1000 habitantes. Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud - INEC 2009

privado. Cabe destacar que 88% del gasto privado corresponde a gasto directo de los hogares, el cual se distribuye fundamentalmente en la adquisición de medicamentos y otros insumos (61,0%), atención médica (24,3%), exámenes de laboratorio, imagen, insumos odontológicos y aparatos ortopédicos (14,7%) (Fuente: MSP).

El gasto total en salud por habitante supone \$255, sin embargo, las familias de bajos ingresos dedican más recursos en términos porcentuales para cubrir sus necesidades de atención en salud (9% de quintil 1, en comparación con 4% en el quintil 5). Por otro lado, apenas el 12% de la población en el quintil 1 cuenta con un seguro de salud, comparado con el 36% de población del quintil 5.

Con relación a la oferta de servicios de salud, los ratios de personal asistencial por 1.000 habitantes en el país se muestran en la **tabla 43-5**.

Cinco de los seis países andinos no cumplen con la recomendación de 25 médicos y enfermeras x 10.000 habitantes realizada por los Desafíos de Toronto. Solo Chile lo cumple: 32,7 por 10.000 h. Bolivia llega a 8,9; Ecuador a 17,4; Perú a 19,5 y Colombia a 23,8. Chile es el país con la menor salida de personal profesional de salud. Este factor crea problemas en la dotación de recursos humanos para atender sus sistemas de salud. Además, la migración de personal cualificado en salud (en

Ecuador ronda el 6,9%, cifra no muy alta comparada con países como Colombia, 23%, y Perú, 45%) tiene un costo económico para los países, independientemente de los costos de disponer de menor personal para la atención sanitaria en los países emisores.

En cuanto a la distribución de los recursos humanos en el Ecuador estos se concentran en las zonas urbanas. En efecto, la encuesta ocupacional arroja que el 3,3% de la población urbana está empleada en la rama de actividad de servicios sociales de salud, siendo ésta sólo el 0,5% en el área rural.

Con relación a la dependencia patrimonial de los recursos de salud, el MSP es la institución con mayor número de establecimientos, mejor cobertura nacional y absorbe aproximadamente el 76% de la población.

En el año 2010, según la clasificación de los niveles de complejidad descritos anteriormente, el MSP presentaba la siguiente capacidad instalada de servicios de salud: en el Nivel I de 434 puestos de salud, 1.127 sub-centros, 152 centros de salud, 21 unidades móviles y 3 fluviales; el Nivel II tenía 85 hospitales básicos y 27 hospitales generales y el Nivel III tenía 14 hospitales especializados y 1 hospital de especialidad. Por otro lado, el sector privado posee entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensa-

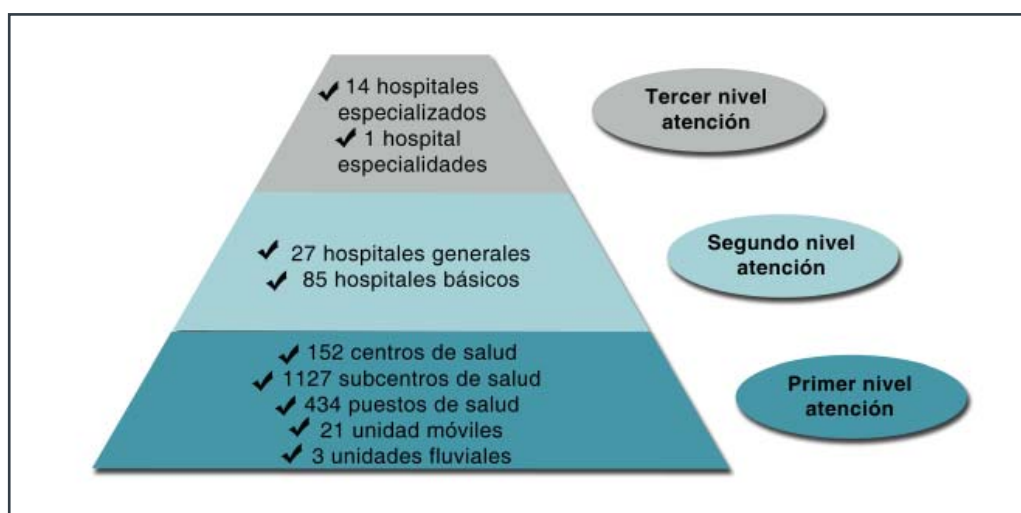


Figura 16-5. Capacidad de recursos asistenciales de Ecuador

Capacidad instalada: 169 Áreas de Salud	
✓	1.863 unidades operativas: 42 Hospitales (generales, especializados, de especialidades) 85 Hospitales básicos, 152 centros de salud, 1.127 CSC, 434 Puesto de Salud, 21 Unidades Móviles, 3 Unidades Fluviales
✓	8.942 camas
✓	27.633 personal operativo

Tabla 44-5. Capacidad de recursos asistenciales de Ecuador

PERSONAL MÉDICO	
Médicos	4.756
Enfermeras	3.092
Odontólogos	1.234
Obstetrices	734
Bioquímico-farmacéuticos	107
Auxiliares enfermería	6.316

Tabla 45-5. Personal asistencial

rios, etc.) y organizaciones privadas sin fines de lucro como ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, etc., las cuales representan el 18,62% de los establecimientos del país (tabla 44-5) [49].

Por su parte, el IESS cuenta con 19 Hospitales de Nivel I, II y III, 24 CAA, 44 UAA, 402 Dispensarios Anexos en empresas con más de 100 trabajadores y 583 DSSC de primer Nivel de atención. El ISSFA tenía 53 unidades de primer Nivel, 12 uni-

dades de II Nivel y ninguna de III Nivel y en el ISSPOL había 34 servicios de Nivel I y 2 unidades de Nivel II (Figura 17-5).

De los aspectos anteriormente expuestos se deduce, tal y como ha sido comentado, que el MSP tiene la mayor cantidad de unidades de Nivel I, II y III del país, por lo tanto tiene una mayor participación porcentual de los servicios de salud, sobrepasando al total de unidades del IESS, ISSFA e ISSPOL combinadas (tabla 47-5).

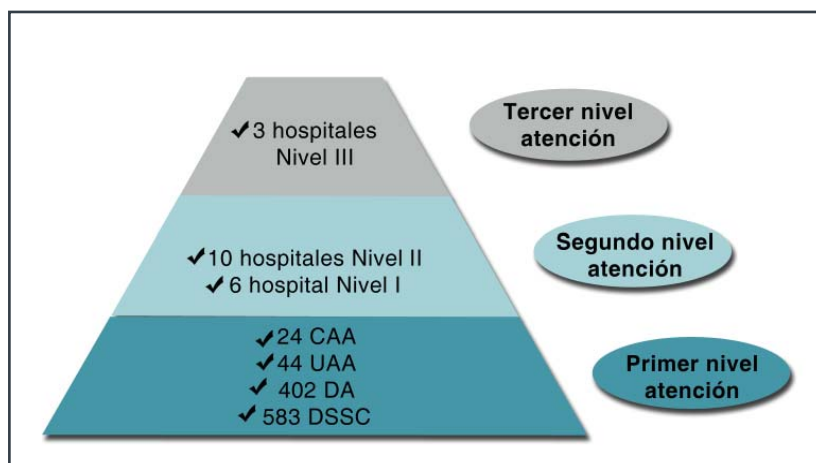


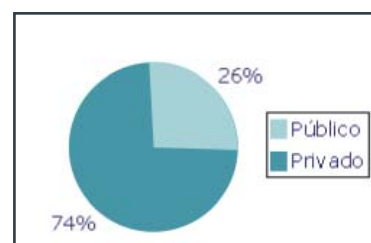
Figura 17-5. Capacidad de recursos asistenciales del IESS

ZONAS GEOGRÁFICAS DE ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN		POBLACIÓN AFILIADA, PENSIONISTAS Y SSC 2009
R1	Pichincha Esmeraldas Santo Domingo de los Tsáchilas	784.668
R2	Guayas Los Ríos, Galápagos Santa Elena	525.898
R3	Azuay Cañar Morona Santiago	118.029
R4	Tungurahua Cotopaxi Ñapo Pastaza	126.100
R5	Chimborazo Bolívar	62.473
R6	Manabí	124.897
R7	Loja Zamora Chinchipe	65.444
R8	Imbabura Carchi Sucumbios Orellana	70.050
R9	El Oro	44.675

Tabla 46-5. Recursos del IESS.



Figura 18-5. Participación porcentual de los servicios públicos. 2008.



De los 728 establecimientos del total nacional, un 25,55% pertenecen al sector público (186 centros) y un 74,45% al sector privado (542 centros). De los establecimientos públicos un 67,22% (125) dependen del MSP y un 10,22% (19) del IESS. El 22,56% restante se dividen entre centros de los Ministerios de Justicia, de Gobierno y Policía (2), centros del Ministerio de Defensa Nacional (12), centros municipales (9), un único centro de la

universidad politécnica en Guayas (1), centros de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (5), centros de SOLCA - Sociedad de la Lucha Contra el Cáncer (9) y 4 centros fiscomisionales.

El sector público está conformado en su mayoría por hospitales básicos (45,1%) y hospitales generales (39,0%) mientras que los hospitales especializados representan el 14,8% y los de alta especialidad el 1,1%. Entre los establecimientos del

REGIONES Y PROVINCIAS	TOTAL ESTABLEC.	SECTOR PÚBLICO										SECTOR PRIVADO		
		Total	MSP	Ministerios de Justicia, Gobierno y Policía *	Ministerio de Defensa Nacional	IESS	Municipios	Universidades y Politécnicas públicas	Junta Beneficencia de Guayaquil	Sociedad Lucha Contra Cáncer (SOLCA)	Fiscosmi sonales	Total	Sin fines de lucro**	Con fines de lucro***
Total Ecuador	728	186	125	2	12	19	9	1	5	9	4	542	34	508
Región Sierra	351	81	57	1	4	8	6	—	—	5	...	270	20	250
Pichincha	125	20	14	1	1	1	2	—	—	1	...	105	4	101
Sto. Domingo de los Tsáchilas	29	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	28	2	26
Región Costa	338	79	51	1	5	10	2	1	5	4	...	259	12	247
Esmeraldas	18	8	6	...	1	1	...	...	...	...	...	10	1	9
Región Amazónica	37	24	15	...	3	1	1	...	...	...	4	13	2	11
Región Insular	2	2	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Zonas No Delimitadas	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

*Incluye establecimientos de salud de: La policía Nacional, cárceles, penitenciarias, centros de detención, etc.

**Incluye: ONG's, funciones y pastorales, APROFE, CEMOPLAF, establecimientos de universidades, y politécnicas privadas sin ánimo de lucro, etc

***Incluye: Los establecimientos con ánimo de lucro, además de los establecimientos de las universidades y politécnicas privadas con ánimo de lucro.

Tabla 47-5. Recursos del IESS. Establecimiento sector público y sector privado.

AÑO	POBLACIÓN A 30 DE JUNIO	CAMAS POR 1000 HAB.	% OCUPACIÓN CAMAS DISPONIBLES	RENDIMIENTO O GIRO DE CAMAS	EGRESOS HOSPITALARIOS POR 1000 HAB.	PROMEDIO DÍAS ESTANCIA	DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR 1000 HAB.
2000	12.298.745	1,6	46,3	34	54,6	4,9	0,9
2005	13.215.089	1,6	45,8	38	60,8	4,4	0,8
2009	14.005.449	1,6	53,6	46	74	4,2	1

Tabla 48-5. Recursos del IESS Hospitalización. Fuente: Anuario de Recursos y Actividades de Salud - INEC 2009

sector privado, 542 en total, tan sólo un 6,27% son entidades sin ánimo de lucro (34 centros) frente a un 93,73% con fines de lucro (508).

En cuanto a los establecimientos con internación hospitalaria (ver tabla 48-5), se observa que el ratio camas por habitante, se sitúa en 1,6 camas/ 1.000 habitantes (Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos - INEC 2009), siendo superior a la media de los países del grupo andino (1,3), si bien este indicador ha sufrido una pérdida relativa de valor como consecuencia de la progresiva ambulatorización de los procesos, tendencia que se repite en todo el mundo [50].

5.1.7. CONCLUSIONES SOBRE LA SITUACIÓN DEL ENTORNO SANITARIO EN ECUADOR

EL HSFQ se verá afectado en mayor o menor medida por los factores y tendencias del entorno enunciados. A continuación se enumeran aquellos que previsiblemente producirán un mayor impacto clasificados en los tres grandes apartados:

- Ámbito Supranacional
- Ámbito Nacional
- Área de Influencia

En el **ámbito Supranacional**, algunas Políticas en Salud de Ecuador vienen determinadas por su

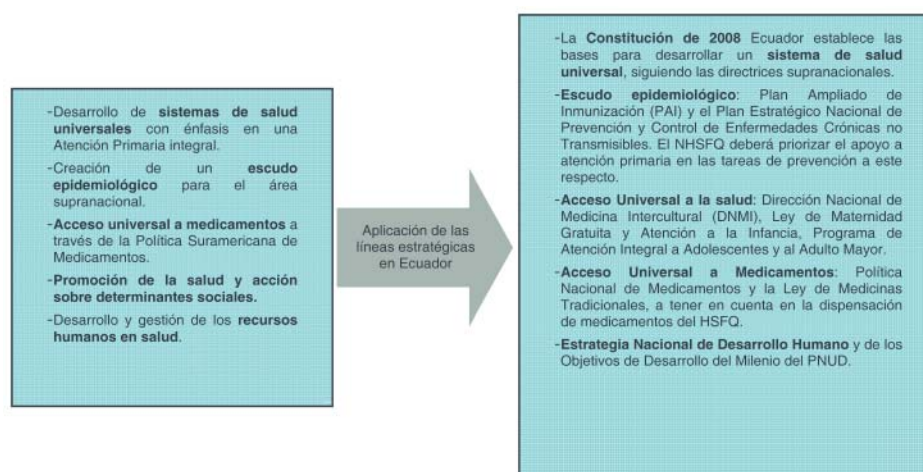


Figura 19-5. Aplicación de las líneas estratégicas de los diferentes organismos continentales en Ecuador.

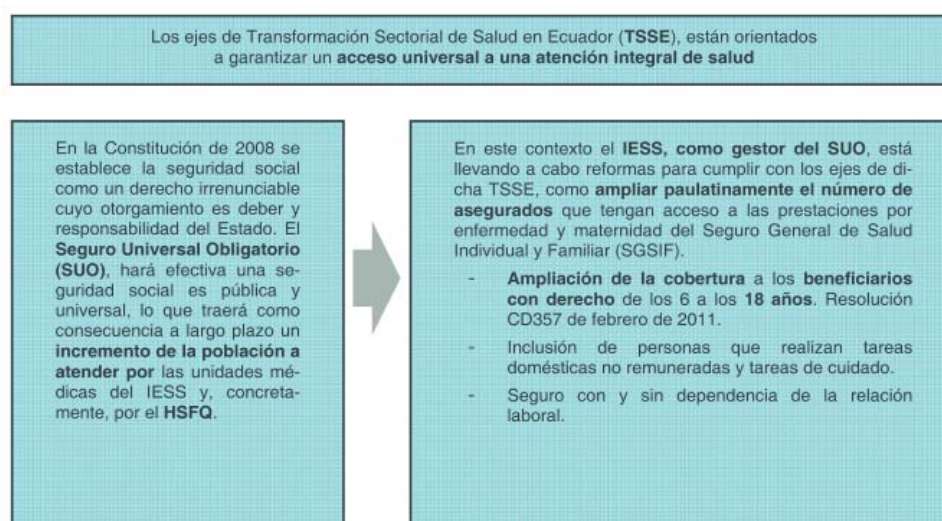


Figura 20-5. Acceso universal a una atención integral de salud.

pertenencia a la Organización Panamericana de la Salud, UNASUR y el Organismo Andino de Salud y sus 5 líneas estratégicas.

Ecuador sigue las líneas estratégicas y las aplica a través de una serie de líneas de acción, tal y como se muestra en la **figura 19-5**

Respecto al **ámbito Nacional**, actualmente, es la primera vez que el país está afrontando un proceso real de Reforma del Sector Salud bajo un procedimiento adecuado que garantice la universalidad y eficiencia de la atención de salud con un enfoque individual, familiar, comunitario y en red.

La Constitución 2008 establece el nuevo marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de

Inclusión y Equidad Social (reforma del sector denominada Transformación Sectorial de Salud del Ecuador -TSSE) basado en los siguientes ejes:

- Red pública de calidad con énfasis en la Atención Primaria como puerta de entrada.
- Financiamiento público de la salud y mixto de la seguridad social, con asignación y distribución de los recursos asignados.
- Control y monitoreo de las unidades médicas para garantizar una provisión de servicios de calidad.
- Gestión integrada de la información entre la red de proveedores de salud.
- Fomentar la participación ciudadana.

El aumento de la cobertura como consecuencia

de los principios rectores recogidos en la constitución de 2008: **universalización y gratuidad** provocará en el nuevo centro un previsible aumento de la demanda, como consecuencia de la extensión de la atención especializada, a toda la ciudadanía de su área de influencia y no solo a los afiliados al IESS. Adicionalmente, la implantación del seguro universal incrementará la población actualmente afiliada, tal y como se desprende de la evolución y ritmo de crecimiento experimentado, en el último bienio [31].

Este aumento de la población que se asienta en su área de influencia se verá acentuado por la migración desde el medio rural al área urbana. Asimismo, el área de influencia presenta una zona con grandes plantaciones, en crecimiento, a cuyos trabajadores y beneficiarios les corresponde el Hospital San Francisco.

El modelo innovador organizativo funcional y de gestión del HSFQ, resulta un ámbito idóneo para implantar un proyecto piloto para la universalización de la atención en su área, con el fin de minimizar la limitada coordinación interinstitucional entre las distintas redes, evitar las duplicaciones y solapamientos de los recursos y contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema de salud. EL HSFQ podría atender sin distinción, tal y como recoge la Constitución, a toda la población de su área de influencia, incluyendo tanto los afiliados al IESS y de otros sistemas de seguridad social específicos (ISFAS, ISOPOL), como los dependientes del MSP y de otros sectores. Bajo esa premisa, se constituiría para su financiación una “caja única” donde se integre los flujos financieros provenientes de las distintas instituciones citadas.

Otra fórmula, alternativa a la anterior, sería ofertar a la totalidad de la población de su área de influencia, la posibilidad de elegir entre los distintos centros de atención primaria que se emplazan en ella, con independencia de su dependencia patrimonial. Una vez que el ciudadano ha optado por un determinado centro, éste percibiría un per cápita por habitante equivalente, ponderando determinados factores como la edad o la dispersión. Bajo esta filosofía de “dine-ro sigue a paciente” se elaboraría el presupuesto correspondiente a cada centro, sea del IESS o del MSP. A su vez, el primer Nivel de atención podría

enviar a los enfermos que precisen atención especializada al HSFQ.

Cabe que el centro reciba un presupuesto en función de la población asignada a los centros de salud de su área de influencia o bien que reciba la financiación asignada anualmente en función de los afiliados al IESS y facture mediante un tarifario a aquellos otros no afiliados que sean atendidos en esta institución.

Para llevar a cabo una identificación de la población asignada a cada centro de salud, y de aquellos que finalmente son atendidos por el HSFQ, sería recomendable que se implantara la tarjeta electrónica de identificación sanitaria de cada ciudadano. Esta permitiría a su vez determinar las características sociodemográficas y sanitarias de la población y facilitaría la evaluación de los programas de salud, al conocer el universo o denominador al que van dirigidos. La gestión de la información se hará con un sistema integrado que ligue la cédula de afiliación a la historia laboral y la introducción de nuevas tecnologías para crear una HCE única, facilitando además el sistema de referencia y contrarreferencia.

Por último, para impulsar la transparencia y confianza del usuario de los servicios de salud, cabe la posibilidad de entregar “factura sombra a los pacientes atendidos” para concienciar del coste y que conozcan el destino de sus aportaciones a la Seguridad Social.

De igual manera existen otros factores que determinan la demanda de salud.

La población total de Ecuador actual es de 14.483.499 con un predominio de la población urbana: 66,25% frente al 33,75% rural. La tendencia a futuro es un crecimiento de la población urbana y un decrecimiento de la población rural en los próximos años.

El descenso de la tasa de fecundidad junto con el incremento de la esperanza de vida hasta los (73 hombres, 78 mujeres) traerá consigo un progresivo, aunque lento envejecimiento de la población:

- reducción del 7% en el tramo etáreo de 0 a 14 años.

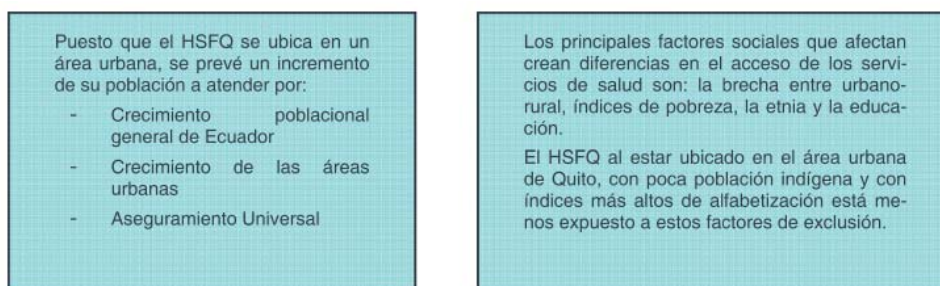


Figura 21-5. Movimientos poblacionales entre áreas urbanas y rurales.

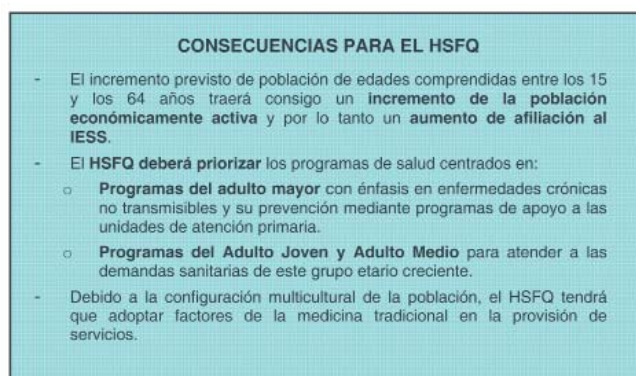


Figura 22-5. Consecuencias del descenso de fecundidad y aumento de envejecimiento para el HSFQ

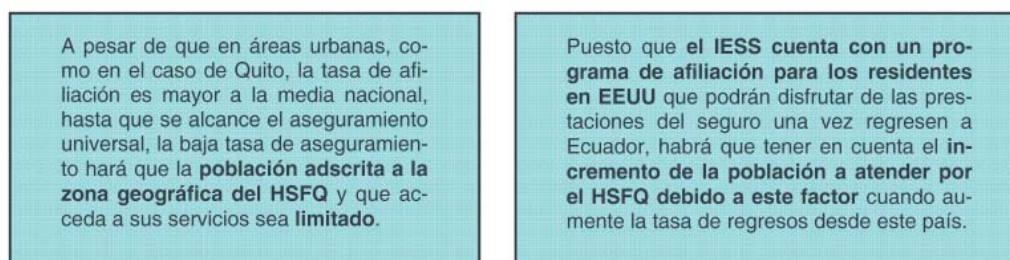


Figura 23-5. Afiliación de usuarios al IESS.

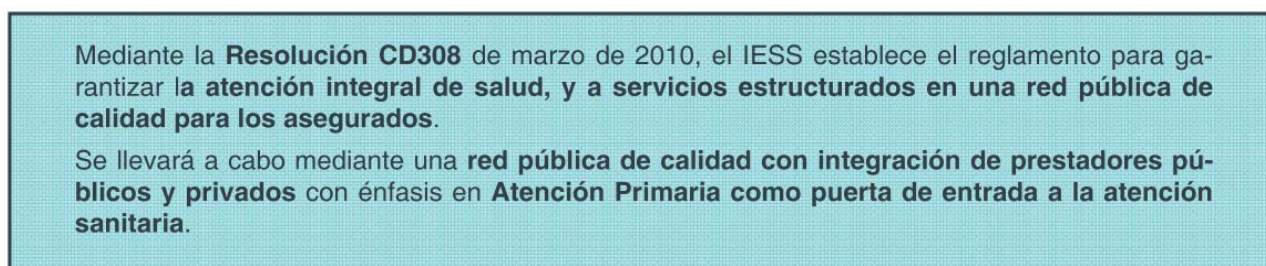


Figura 24-5. Atención integral de salud. Resolución CD 308.

- incremento del 5% en el tramo etáreo de 15 y 64 años.
- incremento del 3% en el de mayores de 65 años.

El porcentaje de emigración de Ecuador es alto, aunque con la crisis global también están aumentando los retornos. Puesto que el IESS cuenta con un programa de afiliación para los residentes en EE.UU. que podrán disfrutar de las prestaciones del seguro una vez regresen a Ecuador, habrá que tener en cuenta el incremento de la población a atender por el HSFQ debido a este factor.

Aunque el gasto en salud como % PIB ha aumentado en los últimos años hasta alcanzar el 6,1%, el gasto en salud como % del presupuesto general del Estado se ha visto reducido desde 2008. Este gasto deberá aumentar de cara a la cobertura universal del seguro de salud.

A pesar de los esfuerzos del gobierno, la gran mayoría de la población en Ecuador no cuenta todavía con un seguro de salud. Los últimos datos del censo de 2010 publicados por el INEC, cifran en 22% la población ocupada que cuenta con el Seguro General y un 6,9% de personas que cuentan con un seguro de salud privado, lo que no supone un gran incremento con las cifras de 2006 en las que se situaba en el 21,4%.

Factores como la alta tasa de desempleo y de empleo informal, constituyen la primera causa de no afiliación al IESS, teniendo este factor más incidencia sobre las mujeres. Es por ello que las últimas reformas del sector sanitario van encaminadas al aseguramiento universal con independencia de la situación laboral. La tasa de desempleo urbano según el Banco Central de Ecuador (BCE) a marzo del 2011 se encuentra en el 7,04%, oscilando esta cifra en los últimos 4 años entre el 6% y el 9%.

Asimismo, la distribución de la riqueza afecta a la afiliación a algún seguro de salud: 12% de la población asegurada en el quintil 1 frente a un 36% en el quintil 5.

El déficit habitacional en Ecuador es elevado, 75%, lo que conlleva un incremento de enfermedades infecciosas transmisibles, sobre todo en niños. A pesar de que el área de influencia del HSFQ, es un área urbana con un nivel ligeramen-

te inferior (65,2% déficit habitacional), se tendrá que tener en cuenta este factor a la hora de configurar sus prestaciones.

La falta de instrucción de la población limita tanto el acceso de la población a los servicios de salud como la incidencia de programas de prevención sanitaria y de educación en salud, programas de planificación familiar y la educación sexual. En Ecuador la tasa de analfabetismo se sitúa en 7,8% (según datos del INEC), por debajo de la media de los países andinos, por lo que se espera los factores educativos no afecten al acceso de los servicios de salud y la incidencia de sus programas.

El bajo acceso a las tecnologías (móvil o Internet), puede determinar el acceso a los servicios de salud del IESS, puesto que la entrada a las unidades médicas del IESS se realiza a través del call center. De nuevo, al encontrarse en HSFQ en un área urbana, esta limitación decrece.

5.2. ANALISIS INTERNO DEL HSFQ (HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO): SITUACIÓN EN LA RED SANITARIA DE ECUADOR

El IESS, mediante la resolución C.D.308, estableció una agenda y unos niveles de cuidados que conforman desde el punto de vista tanto externo como interno al HSFQ:

- La consideración del primer Nivel de atención como puerta de entrada al sistema.
- La clasificación en tres grupos de los hospitales a cada uno de los cuales corresponde una determinada cartera de servicios, estableciendo criterios para su acreditación.
- La fijación de los mecanismos de referencia y contrarreferencia que garanticen la integración de los cuidados de la red asistencial y el “continuum asistencial” facilitado por los desarrollos tecnológicos.

El futuro HSFQ de Nivel II tiene como misión definir un espacio asistencial específico en el marco de la atención de salud del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, de la Provincia de Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas.

En esta área geográfica de adscripción, el IESS cuenta con 7 Unidades de Atención Ambulatoria y 6 Centros de Atención Ambulatoria desde los que los pacientes podrán ser remitidos por el sistema de referencia y contrarreferencia al hospital de Nivel III Carlos Andrade Marín y los dos hospitales de Nivel II: Hospital de Esmeraldas y Hospital San Francisco de Quito. Básicamente, el HSFQ recibirá pacientes de las provincias de Pichincha y Santo Domingo de los Tsáchilas.

El centro cuenta con unas bases normativas que promueven que todos los pacientes accedan a sus servicios, previa remisión por un médico de atención primaria, a excepción de las urgencias. Desde este punto de vista, el actual call center juega un relevante papel, al ser responsable del otorgamiento de citas y tener la potestad de exigir este requisito para ser atendido en el nuevo centro. El HSFQ tendrá que coordinarse con el call center para la agendación de citas en sus diferentes servicios.

No obstante, y con carácter previo, sería recomendable que el IESS llevara a cabo una reestructuración del papel desempeñado por el médico y el personal de enfermería de los centros del primer Nivel. Se debe liberar a ambos profesionales de las tareas burocráticas e incrementar el papel de la enfermería en la asistencia médica del paciente.

El HSFQ se encuentra en una zona con gran acumulación de recursos sanitarios de diferentes redes asistenciales (MSP, centros privados, etc.) y sería coherente que el HSFQ actuara de manera coordinada con otros centros de su entorno, tanto del IESS como externos a este, para planificar recursos y su utilización conjuntamente y fomentar así la continuidad asistencial.

El HSFQ se concibe como un centro que formará una red funcional con integración por procesos de atención con el hospital de referencia Carlos Andrade Marín, sin dejar de buscar por ello la resolución máxima del tipo de patología que le corresponde a un hospital de Nivel II, para evitar la sobrecarga del hospital de referencia.

También se buscará la derivación continua a los centros privados, por ejemplo los enfermos que requieran cuidados de media y larga estancia,

aquellos que desborden sus estancias o aquellos otros de mayor complejidad para los que el hospital de referencia presenta demanda insatisfecha.

Dentro del plan de mejora y modernización de las unidades de salud que el IESS ha establecido en la resolución C.D.308, se incluye la acción de establecer al primer Nivel como la puerta de entrada obligada a los servicios de salud de forma territorial, con un sistema de libre elección regulada dentro de cada zona geográfica/territorio de adscripción, es decir, el “empoderamiento” por parte del afiliado y beneficiario del centro donde desea ser atendido, en función de criterios de proximidad domiciliaria y laboral, con el consiguiente incremento de su satisfacción y aumento de su capacidad de decisión y de participación real en el funcionamiento del sistema.

Convertirse en un Hospital en boca de los pacientes es uno de los principales objetivos del HSFQ, a la vez que la libre elección se convierte en un mecanismo de evaluación y mejora continua con respecto a otros centros de su entorno. Se encuentra en una zona con gran acumulación de recursos sanitarios y tiene que destacar por la calidad de sus servicios y de su atención entre los demás centros de su red asistencial.

5.2.1. ANÁLISIS DAFO DEL HSFQ

Esta metodología de análisis trata de identificar factores internos y externos del HSFQ que pueden actuar sobre él de forma positiva o negativa, y que deberán ser tenidas en consideración en su estrategia. De esta manera se obtendrán las Oportunidades y Amenazas externas por un lado y las Fortalezas y Debilidades internas del HSFQ por otro (Tabla 49-5) [51].

Análisis Externos al HSFQ: Oportunidades y Amenazas

A la hora de realizar el análisis externos del HSFQ, se han tomado en cuenta varios tipos de factores en relación a las oportunidades y a las amenazas: factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos y propiamente sanitarios que puedan afectar de manera tanto positiva como negativa al HSFQ.

	POSITIVO	NEGATIVO
Interno	Fortalezas	Debilidades
Externo	Oportunidades	Amenazas

Tabla 49-5. Esquema DAFO.

A OPORTUNIDADES

En relación a factores Políticos

- Salud como tema prioritario en la agenda política: Constitución 2008, Plan Nacional del Buen Vivir, declaración de emergencia sanitaria por el Presidente de la nación.
- Alianzas estratégicas entre MSP, IESS y el sector privado para lograr la futura integración entre las distintas redes.
- Nuevo marco estratégico del IESS en la resolución C.D.308 y su traducción mediante el POA a objetivos y compromisos anuales con el fin de lograr las metas que fija la citada resolución.
- Se contempla la incentivación de personal y la formación continuada en el Plan Operativo Anual (POA) de 2011.
- Reciente promulgación normativa de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Tabaco.
- Creación del Sistema Nacional de Investigación en Salud, que establece una alianza estratégica para promover el I+D+I, entre todos los actores implicados en este campo el Estado y la academia, el sector productivo y la sociedad civil.
- En relación a factores Económicos
- Bonanza económica con crecimiento de gasto público destinado a salud y compromiso de destinar anualmente un 0,5% del incremento.
- Fuerte descenso del desempleo en los últimos años con incremento sostenido de la afiliación a la seguridad social que se verá incrementado y reforzado como consecuencia del seguro universal.
- Descenso del porcentaje de población situa-

da en la extrema pobreza.

- Incremento sostenido de las remesas enviadas por la población que trabaja en otros países.
- Convenios bilaterales de reconocimiento recíproco con los sistemas de seguridad social de determinados países que reciben el mayor grueso de la emigración laboral como por ejemplo España.
- Extensión de los modelos de colaboración público-privada a todos los campos del sector servicios, incorporando al sector privado como aliado estratégico por un periodo prolongado de tiempo que aporta su conocimiento y especialización en un campo concreto a la par que recursos económicos, que no computan a efectos de deuda pública.

En relación a factores Sociales

- Reducción de la natalidad como consecuencia de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, que implica a diversos ministerios, gobiernos autónomos, a la sociedad civil y a la ciudadanía en la consecución del objetivo, garantizando el acceso real de los ciudadanos a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, involucrando por igual a hombres y mujeres y previniendo los embarazos en adolescentes.
- Implantación de programas concretos para la integración de los grupos más desfavorecidos en las estrategias del Buen Vivir.
- Incremento sostenido de las viviendas que cuentan con red de saneamiento y agua potable.
- Preocupación por la sostenibilidad medioambiental y su influencia en salud a través del Programa de Salud Ambiental.

- Reducción progresiva de la tasa de analfabetismo en el último quinquenio.
- En relación a factores Tecnológicos
- Priorización de las inversiones destinadas a salud con incremento de las infraestructuras y la dotación de equipamiento, tanto para el montaje de nuevos centros como para su mantenimiento y reposición y del aparataje más obsoleto cuyo ciclo de vida útil prescribió.
- Posibilidad de nuevas fórmulas alternativas a la compra de equipo tradicional con modalidades de colaboración con el sector privado de largo plazo: “socio tecnológico”.
- Implantación de un call center para facilitar el acceso a las citas y conseguir que el primer Nivel sea la puerta de entrada al sistema.
- Existencia de una licitación en curso para la implantación de un sistema de información clínico financiero integral y respaldado por un centro de apoyo, que abarcará a todos los hospitales del IESS.

En relación a factores propiamente Sanitarios

- Globales
 - Mejora ostensible de los indicadores de salud en el último quinquenio: fundamentalmente de la mortalidad infantil por establecimiento de planes específicos considerados por la OPS como buenas prácticas para otros países.
 - Establecimiento del médico de cabecera como puerta de entrada al sistema de salud y responsable del seguimiento longitudinal del paciente.
 - Impulso a la autonomía del paciente y a su progresivo empoderamiento facilitando el ejercicio de la libre elección.
 - Apuesta de las autoridades de la salud por un nuevo modelo de “llave en mano”, que no finaliza en el momento de la puesta en funcionamiento del nuevo centro sino que contempla un apoyo continuado durante un período de tiempo hasta conseguir un equipo de gestión profesionalizada que mejora la apertura y puesta en funcionamiento del centro y propicia un nuevo modelo organizativo funcional de “exce-

lencia”.

- Profesionalización de la gestión con implantación de la dirección participativa por objetivos a través de un contrato de gestión que ligue la cartera de servicios, la actividad y calidad del hospital al presupuesto de operación anual.
- Aprovechar las experiencias y buenas prácticas de otros hospitales nacionales e internacionales y el conocimiento generado por las lecciones aprendidas para minimizar actuaciones incorrectas e implantar aquellas que resultaron exitosas.
- Descentralización y corresponsabilización de los profesionales en la gestión.
- Incentivación de los profesionales ligados a la evaluación del desempeño.
- Del IESS y del área de influencia
 - Introducción progresiva de modernas concepciones, tanto en las remodelaciones de los centros existentes como en las nuevas infraestructuras del IESS destinadas a salud.
 - Proceso de fortalecimiento de los servicios de salud de la seguridad social en red plural puesto en marcha por el IESS.
 - Funcionamiento de los centros dentro de su red asistencial con otros niveles de atención públicos y privados.

B AMENAZAS

En relación a factores Políticos

- Lentitud en la implantación de la reforma que propugna la Constitución de 2008 con desfase sobre el cronograma previsto.
- Inestabilidad política en la década anterior que se acompañó de continuos cambios y reformas en el sector de la salud, que convulsionó al sistema, generando cierta desconfianza hacia las posibilidades de éxito de las innovaciones introducidas en la actualidad.
- Injerencias políticas en la gestión del IESS con limitada profesionalización de los puestos directivos de las instituciones de salud.
- En relación a factores Sociales
- Fuerte incremento de la demanda como

consecuencia de la universalización, gratuidad, migración al área urbana e inmigración procedente de otros países (Colombia), que puede generar masificación y demoras en la atención.

- Cambios demográficos que incidirán en nuevas necesidades y expectativas de salud de la población y en la determinación de programas específicos para determinados grupos: descenso de la natalidad y progresivo incremento del envejecimiento que implicará un aumento de las enfermedades crónicas.
- Inequidad en el acceso a los servicios de salud por parte de determinados colectivos: residentes en el área rural, población situada en los quintiles de mayor pobreza y minorías étnicas.
- La tasa de analfabetismo que todavía permanece en Ecuador representa una barrera para la comprensión por el ciudadano de la información, e intervenciones relacionados con su salud.
- En relación a factores Económicos
- Crecimiento económico menor que otros países del área andina y, como consecuencia, un menor porcentaje del PIB destinado a gasto público en salud.
- Elevado porcentaje de empleo informal que conlleva la no afiliación a la seguridad social fundamentalmente en determinados sectores como el servicio doméstico, reduciendo los ingresos del IESS y generando falta de cobertura de salud de las personas que desarrollan ese tipo de ocupación.
- Mayores tasas de desempleo entre determinados grupos poblacionales como el colectivo femenino.
- Existencia de un alto porcentaje de población en situación de pobreza y extrema pobreza.
- Insuficiente compensación y recaudación por parte del IESS de los gastos incurridos por pacientes no afiliados cuando se les presta atención. Esta circunstancia se ve agravada por ser el IESS el único proveedor público que cuenta con medios diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad y especialización, que presentan un elevado coste de atención y de transacción administrativa para su iden-

tificación, facturación y coste.

- Elevado gasto de bolsillo en servicios de salud.

En relación a factores Tecnológicos

- Acceso reducido a determinadas tecnologías de la comunicación que facilitan la interrelación con los servicios de salud: Internet, teléfono móvil, etc.
- Limitada implantación de los sistemas de información clínico-financieros en las instituciones de salud tales como la historia clínica electrónica y el informe clínico de egreso mecanizado, los sistemas de medición de la casuística hospitalaria o la contabilidad analítica, la gestión de los recursos de salud o el registro de la demanda insatisfecha.
- Limitada explotación de las distintas posibilidades que brinda el call center (campañas de salud, seguimiento de pacientes) y del empleo de otras alternativas a la cita telefónica por operador (sistemas de reconocimiento de voz, cajeros automáticos).
- Retraso en la implantación de la tarjeta sanitaria digital individual.
- Lenta incorporación de la innovación en el campo diagnóstico terapéutico tanto en la introducción de nuevas modalidades de atención (cirugía mayor ambulatoria, los hospitales de día, las unidades de dilatación, parto y recuperación que permiten una atención maternal humanizada, las unidades de pediatría que posibilitan la hospitalización madres hijo), como en la dotación de equipamiento de los centros (imagen digital, dispensación automatizada de farmacia).

En relación a factores propiamente Sanitarios

- Globales
 - Hábitos de vida insanos con elevado tabaquismo y alcoholismo.
 - Previsible incumplimiento de las metas fijadas por el país con relación a los Objetivos del Milenio
 - Alta mortalidad materna debida fundamentalmente a la falta de seguimiento del embarazo y el parto por profesionales de la salud.

- Sistema de Salud fragmentado con duplicidad de recursos en las redes de determinadas áreas geográficas frente a insuficiente oferta en otras. Esto conlleva inequidades de acceso a los recursos y riesgo en la sostenibilidad financiera al no planificar conjuntamente el emplazamiento de los recursos ni compartir su utilización entre redes, sin considerar la dependencia patrimonial.
- Fuentes de datos con fiabilidad y validez limitada
- Limitada valoración del grado de satisfacción interna y externa que se analiza de modo esporádico.
- Del IESS y del área de influencia
 - Competencia para la libre elección tanto con el hospital de referencia del IESS, con elevada innovación tecnológica y gran atractivo para la población, como con el sector privado que presenta imagen de mayor calidad que el sector público. Así mismo, el HSFQ todavía no ha comenzado su andadura siendo desconocido para la población a diferencia de los anteriormente citados.
 - Hospital de Nivel II con limitada cartera de servicios y dotación tecnológica compleja.
 - Resistencia al cambio de la organización y miedo a la incertidumbre que provoca la fórmula jurídica adoptada: empresa pública sometida al derecho privado
 - Elevado absentismo en el sector.
 - Escasez de determinados profesionales de la salud.
 - Falta de cultura de evaluación del desempeño, de carrera y promoción profesional que genera escasa formación continuada. que provocan desmotivación del personal y conflictividad laboral.
 - Inequidad en la prestación de servicios.

Análisis Internos al HSFQ: Fortalezas y Debilidades

Se han tomado en cuenta para la realización del análisis interno del HSFQ otra serie de factores, tanto en positivo como en negativo: el modelo, la

cartera de servicios, la estructura física, dotación de equipamiento, RRHH, actividad, económico-financiero, estructura organizativa y modelo de atención.

A FORTALEZAS

En relación al Modelo Propuesto para la gestión del HSFQ

- Concebido como un referente de vanguardia para la implantación de un nuevo modelo organizativo funcional y de gestión innovador.
- Empresa pública sometida al derecho privado.
- Apuesta de las autoridades de la salud por un modelo “llave en mano”, con apoyo y asesoramiento técnico a su puesta en marcha y durante un periodo posterior a su apertura por un grupo de expertos internacionales que forma contraparte con el equipo de gestores profesionales del hospital, propiciando un nuevo modelo organizativo funcional de “excelencia”.
- Integrado desde su origen con su red asistencial a través del establecimiento de un procedimiento de referencia y contrarreferencia, tanto con atención primaria como puerta de entrada al hospital como con su centro de referencia el Hospital Carlos Andrade Marín.
- Aprovechamiento máximo de los servicios que proporciona el call center, utilizando al máximo las alternativas con las que cuenta la tecnología de comunicación actual para contactar e informar al ciudadano.

Para la Cartera de Servicios se identifica que:

- Es adecuada al Nivel del Hospital con posibilidad de crecimiento de su capacidad instalada en una segunda fase.
- Determinadas especialidades incluyen procedimientos más complejos.
- Incorpora la docencia y la investigación
- Conceptualización integradora de la hospitalización médica.

En relación a la Estructura Física

- Nueva infraestructura situada en un emplazamiento estratégico con relación a la pobla-

ción de su área de influencia que, además, permitirá captar cuota de mercado del resto de Quito.

- Posibilidad de reestructurar las áreas actuales y de mejorar las relaciones funcionales entre unidades mediante redistribución de los espacios, cuando se acometa la segunda fase.
- Cuenta con espacios específicos para la docencia como aulas y salón de actos.
- En relación a la Dotación de equipamiento
- Cuenta con una dotación inicial adecuada para el desarrollo de su actividad y resulta acorde con su cartera de servicios.
- En una segunda fase se introducirán determinadas innovaciones tecnológicas en servicios clave como farmacia (dispensación automatizada) o radiología (digitalización de imagen).
- Concebido con un SSII de voz y datos que permite desarrollar desde el inicio un modelo de “hospital sin papeles”.

Para los Recursos Humanos se observa que:

- La Plantilla es adecuada para la actividad que debe realizar y la cartera de servicios que dispone.
- Nuevo Modelo de contratación del personal que puede estabilizar su puesto de trabajo una vez superado el periodo de prueba.
- Flexibilidad para implantar un modelo de jornada laboral diferente con posibilidad de ampliación de la jornada y aumento de retribución salarial para aquellos que deseen optar por una prolongación de jornada.
- Evaluación del desempeño con incentivación al cumplimiento de objetivos.

En relación a la actividad planificada y planteada

- Centrada en “hacer bien lo que hay que hacer” y en la elevada productividad, siempre que sea adecuada a los requerimientos de los pacientes.
- Incremento de la actividad ambulatoria programada medida mediante la “tasa de sustitución”.

Los aspectos Económicos financieros nos dicen que:

- Presupuesto ligado a objetivos de actividad y calidad.
- Flexibilidad para incrementar sus ingresos.

En la Estructura Organizativa

- Organigrama flexible y matricial que permita adaptarse al entorno y favorezca la participación de los profesionales y la comunicación interna.
- Establecimiento de equipos multidisciplinares orientados hacia la resolución de un determinado tipo de patología.

Respecto del Modelo de atención

- Implantación de consultas de alta resolución.
- Potenciación de las alternativas a la hospitalización convencional: hospital de día, ambulatorización de procesos.
- Contrato de gestión con inclusión de sistemas de incentivación por cumplimiento de objetivos desde su origen.
- Libertad para la selección y reclutamiento de los profesionales más adecuados.
- Nace con herramientas de gestión y sistemas de información clínico-financieros avanzados que facilitan la gestión clínica y la corresponsabilización de los profesionales en la gestión.
- Posibilidad de organizar la atención por niveles de cuidados (clasificación en urgencias, abordaje holístico en hospitalización).
- Cuenta desde el inicio con unidades que facilitan la gestión óptima de los recursos como el servicio de gestión de pacientes.
- Incorpora un servicio de atención e información de pacientes que propicia la medición de la calidad percibida por el paciente y propone medidas concretas para mejorar su grado de satisfacción.
- Admisión inicial como elemento de la gestión de pacientes.
- Vocación hospital docente e investigador.
- Posibilidad de entregar “factura sombra a los pacientes atendidos” para concienciar del

coste y que conozcan el destino de sus aportaciones a la seguridad Social.

B DEBILIDADES

En relación al Modelo Propuesto para la gestión del HSFQ

- Sometido a gran presión por ser el punto de mira con altas expectativas sobre su modelo innovador.
- La autonomía real de gestión del centro es restringida.
- Competencia con centros de gran atractivo para la población que ya son conocidos por los usuarios.

Para la Cartera de Servicios se identifica que:

- El Hospital de día, previsto para la 2ª fase, es fundamental para la ambulatorización a impulsar desde el primer momento.
- Proyecto concebido en dos fases que dificulta una configuración integral de los servicios desde su inicio.

En relación a la Estructura Física

- No cuenta en la actualidad con habitaciones individuales ni espacios orientados hacia las nuevas modalidades de la atención: UTPR, neonatología con técnica canguro, dificultándose el confort y la intimidad del paciente.
- Limitaciones del edificio debidas a su concepción inicial como centro privado.

En relación a la Dotación de equipamiento

- No introducción hasta la segunda fase de determinadas innovaciones tecnológicas en

servicios clave como la dispensación automatizada en farmacia o la digitalización de la imagen en radiología.

- Problemas para contar desde su inicio con SIS avanzado.
- Problemas de no compatibilidad futuros si no se dispone de todos los módulos de implantación del SIGH.
- Riesgo de no digitalización efectiva en el inicio de su actividad.

Para los Recursos Humanos se observa que:

- Dificil establecer el mecanismo de evaluación del desempeño de personas individuales.
- Riesgo de un exceso RRHH generando recursos ociosos si se incorpora toda la plantilla desde un primer momento.

En el entorno Económico financiero

- No cumplimiento de objetivos del POA (Plan Operativo Anual) ligados al financiamiento.

Y respecto de la Estructura Organizativa planteada

- Tensión entre los mecanismos verticales (diseñados para el control) y los horizontales (diseñados para la coordinación y la colaboración y que por ello reducen el control).
- Debido a la cartera de servicios que presenta el hospital es difícil establecer más de dos equipos multidisciplinares orientados hacia la resolución de un determinado tipo de patología.

A modo de resumen, la **tabla 50-5** incluye el estudio DAFO realizado.

FORTALEZAS
Hospital emblemático con modelo de vanguardia y profesionalización gestión
Gestión de la demanda con primaria "puerta de entrada" y derivación a privados
Emplazamiento estratégico con infraestructura nueva
Herramientas que permiten la gestión clínica y uso adecuado de recursos
Crecimiento de capacidad instalada y reconfiguración funcional en II fase
Orientado a la medición de la satisfacción del paciente y el profesional
Descentralización DPO con evaluación del cumplimiento
Combina asistencia, docencia e investigación
OPORTUNIDADES
Salud prioridad 1 de agenda política: reformas vanguardistas
Clasificación de recursos: territorial, carteras por niveles, acreditación
Mayor "cuota de mercado": Seguro universal, crecimiento económico y del empleo
Funcionamiento en "red": con otros niveles asistenciales públicos y privados
Termómetro de la calidad percibida del paciente: centros de atención al usuario
Impulso al presupuesto por POA, descentralización y gestión clínica
Profesionalización de la gestión y capacitación continuada profesionales
Innovación tecnológica cali center y futuro SIS del IESS
DEBILIDADES
Sometido a gran presión "en el punto de mira" por altas expectativas
Autonomía real de gestión restringida
Limitaciones del edificio debidas a concepción inicial como hospital privado
Proyecto concebido en 2 fases que retrasa la integración
Ausencia en Fase I de ciertos espacios humanizados innovadores: UTPR, H. Día, CMA ...
Riesgo de no digitalización efectiva en el inicio de actividad
Competencia con centros con gran atractivo para población
Problemas para contar desde su inicio con un SIS avanzado
AMENAZAS
Disbalance entre oferta y demanda de servicios por la universalización
Insuficiente compensación a IESS por atención a no afiliados
Cambios demográficos que requerirán nuevos programas
Limitado acceso de la población a las nuevas tecnologías
Sector privado con mejor imagen que el público
"Fascinación tecnológica" de los profesionales y la población
Bajo nivel resolutivo de atención primaria
Falta de Médicos Especialistas

Tabla 50-5. Resumen resultados DAFO.

6. MÉTODOS

6.1. PUESTA EN MARCHA DEL HOSPITAL

6.1.1. ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

El distrito Metropolitano de Quito, o simplemente Quito, es la capital de la República de Ecuador y de la provincia de Pichincha. Su dimensión es de 352Km², alberga a una población de algo más de 2,2 millones de personas en todo el distrito metropolitano (tabla 1-6) [52].

Proyección de la población del distrito metropolitano de Quito por quinquenios según áreas

La ciudad es el centro político de la República, alberga los principales organismos gubernamentales, culturales, financieros -al ser el hogar de la mayoría de bancos de la Nación-, administrativos y comerciales del país -la mayoría de empresas transnacionales que trabajan en Ecuador tienen su matriz en la urbe-. Fue la primera ciudad declarada, junto a Cracovia en Polonia, como Patrimonio Cultural de la Humanidad por la Unesco, el 18 de septiembre de 1978. En 2008, Quito fue nombrada sede de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) [54].

Unidades Hospitalarias de Referencia Provincial

La red de centros por niveles de atención que se encuentran emplazados en el área de influencia del Hospital San Francisco se puede resumir del modo siguiente:

Cantón: Distrito Metropolitano de Quito, que a su vez se subdivide en 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales y suburbanas. Las parroquias urbanas están divididas en barrios [52].

En este contexto, el IESS se proponía disponer de un nuevo centro hospitalario catalogado como de nivel 2, licitado bajo la fórmula de Proyecto Integral por Precio Fijo que comprenda la construcción, provisión de bienes y servicios, la implementación de un modelo de gestión hospitalaria transferible a la Institución con talento humano, nacional y extranjero, altamente capacitado y sistemas informáticos y de comunicaciones de puntal, lo que va a fortalecer un servicio de alta calidad para sus apostantes, materializándose la premisa de “la salud ya es de todos” con reducción de los tiempos de espera y la mejor y más completa respuesta posible.

El futuro Hospital “San Francisco de Quito” tiene como misión definir un espacio asistencial específico en el marco de la atención de salud del

ÁREA	POBLACIÓN CENSO				PROYECCIÓN AÑO Y TASA DE CRECIMIENTO(TC)									
	1990	2001	TASA DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO %	INCREMENTO %	2005	tc	2010	tc	2015	tc	2020	tc	2025	tc
Total Distrito	1.388.500	1.842.201	2,6	33	2.007.767	2,2	2.215.820	2,0	2.424.527	1,8	2.633.748	1,7	2.843.418	1,5
Quito Urbano	1.105.520	1.337.098	2,2	20	1.504.991	1,8	1.640.478	1,7	1.777.976	1,6	1.917.995	1,5	2.060.904	1,4
Disperso Urbano	24.535	13.837	-5,0	-43	10.612	-6,5	7.603	-6,0	5.246	-7,2	3.404	-8,3	2.011	-10,0
Suburbano	258.439	430.606	4,2	67	492.163	3,4	567.740	2,5	641.305	2,5	712.349	2,1	783.504	1,8

Tabla 1-6. Proyección de la población del distrito metropolitano de Quito.

	SALUD EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO			
	Total Distrito	Quito Urbano	Disperso Urbano	Suburbano o rural
Mujeres en edad fértil (15- 49 años)	529.437	409.077	3.444	116.916
Tasa Mortalidad General (por 1000 hab.)	4,1	4,3	0	3,6
Tasa Natalidad (por 1000 hab.)	20,8	24,2	31,4	9,4
Tasa Fecundidad General (por 1000 MEF)	72,4	82,8	126,6	34,8
Tasa Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos)	21,9	19,8	0	41,8

Tabla 2-6. Datos salud del distrito metropolitano de Quito

Hospital Carlos Andrade Marín	Portoviejo y Ayacucho Quito – Ecuador
Hospital Corazón Inmaculado de María	Campamento Petrocomercial Quito – Ecuador
Atención Integral del Adulto Mayor	Ángel Ludeña 1105 Quito – Ecuador
Hospital de Nanegalito	Eloy Alfaro y Guayaquil, Nanegalito Quito – Ecuador
Hospital del Sur Enrique Garcés	Chilibulo s/n y Av. Enrique Garcés Quito – Ecuador
Dermatológico Gonzalo González	Pablo Guevara y Antonio Sierra, Quito – Ecuador
Hospital El Condado	Av. Occidental 900 Quito – Ecuador
Hospital Eugenio Espejo	Av. Colombia s/n Quito – Ecuador
Hospital General # 1 de las Fuerzas Armadas	Av. Colombia 521 y Queseras del Medio Quito – Ecuador
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora	Av. Colombia N14-66 y Sodiro Quito – Ecuador
Hospital Ingles M & C	Portoviejo Oe1-102 y Pérez Guerrero Quito – Ecuador
Hospital Metropolitano	Avs. Mariana de Jesús y Occidental Quito – Ecuador
Hospital Pablo Arturo Suárez	Angel Ludeña y Guerrero Quito – Ecuador
Hospital Pediátrico Baca Ortiz	Avs. Colon y Seis de Diciembre Quito – Ecuador
Hospital Vozandes	

Tabla 3-6. Unidades Hospitalarias de Referencia Provincial.



Figura 1-6. Provincia de Pichincha: Unidades Hospitalarias de Referencia en Quito

NIVEL I UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA	NIVEL I E CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA	HOSPITAL NIVEL II COMPLEJIDAD	HOSPITAL NIVEL III COMPLEJIDAD
UAA Amagueña	CAA Batán II	Hospital Esmeraldas	Hospital Carlos Andrade Martín
UAA San Lorenzo	CAA Sur Occidental		
UAASangolquíl	CAA Chimbacalle		
UAA Tabacundo	CAA Central		
UAA La Ecuatoriana	CAA San Juan		
UAA Cayambe	CAA Cotacollao		
	CAA Santo Domingo Tsachilas		

Tabla 4-6. Red de centros por niveles de atención en el área del HSFQ. Fuente: Cartera de servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en Pichincha.

Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, de la Provincia de Pichincha, Esmeraldas (460.668 hab.) y Santo Domingo de los Tsáchilas (335.712 hab.).

La integración del Hospital “San Francisco de Quito” en la red de salud estará determinada por la coordinación directa con el Hospital “Carlos Andrade Marín” y con otros hospitales de tercer nivel que configuran la red externa de proveedores, y además con las diferentes Unidades Médicas internas y externas de menor nivel de complejidad.

Ver tablas 2-6, 3-6, figura 1-6 y tabla 4-6.

6.1.2. PROPUESTA Y PROGRAMACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

En relación al proyecto de la puesta en marcha del Hospital San Francisco de Quito, y sus fases anteriores de construcción y equipamiento, su origen como propuesta por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), nace en el plan de mejora y modernización de atención a la salud a sus derechohabientes.

Por ello, la empresa licitante (Makiber,S.A.), en la elaboración de su propuesta de proyecto, tuvo en cuenta los principios y acciones concretas que el IESS había llevado a cabo en el último bienio,

dentro del plan citado, y que de manera general, se enumeran a continuación:

- En su ímpetu de ir ampliando la cobertura que brinda a sus asegurados mediante la inclusión bajo determinadas premisas de nuevos colectivos, como por ejemplo los niños menores de 6 años y los familiares y allegados de afiliados. Esta idea seguiría teniendo continuidad a lo largo del proyecto y como uno de los principios más importantes del IESS.
- Orientación de los servicios a los ciudadanos con mejora de la accesibilidad a sus centros. Se han buscado de manera continua la implantación de sistemas que acercaran los recursos a los ciudadanos, evitando los desplazamientos innecesarios, por ejemplo en la creación y/o la suspensión de citas, las colas y las esperas prolongadas o la habilitación de mecanismos para el acceso a la medicación recetadas por los médicos del IESS en cualquier farmacia particular de todo el país, que mantenga convenio con el Seguro Social, etc.
- Fomentar y facilitar el ejercicio de la libre elección, “empoderamiento” por parte del afiliado y beneficiario del centro donde desea ser atendido, en función de criterios de proximidad domiciliaria y laboral, con el consiguiente incremento de su satisfacción y aumento de su capacidad de decisión y de participación real en el funcionamiento del sistema.
- Continuidad de la asistencia mediante diferentes recursos dirigidas al fomento, promoción, prevención de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades recuperación y rehabilitación de la salud, con incorporación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, tales como la historia clínica electrónica, que garantiza la integración de cuidados y el seguimiento del paciente, o la organización de los hospitales y de la red por líneas de actividad centradas en la resolución de un determinado tipo de patología, de modo que se integren todos los medios diagnóstico-terapéuticos relacionados con un determinado órgano o aparato del cuerpo humano: área funcional cardiológica, oftalmológica
- Reforzamiento del papel del primer nivel de atención, al constituir la puerta de entrada del sistema, y configurarse como responsable del seguimiento longitudinal del paciente que recurre puntualmente a una interconsulta con los recursos más especializados cuando así se requiera, y el establecimiento de un sistema de referencias y contrarreferencias que permita un “Continuum de atención”, con independencia del nivel donde el paciente es atendido y se jerarquicen los cuidados, de modo que se empleen en cada momento los medios más apropiados para la asistencia del paciente
- Funcionamientos en Red con integración de proveedores de salud, tanto públicos como privados, con el fin de acercar los servicios a la población, y complementar la oferta de servicios con proveedores externos. Se conseguiría un aumento de la oferta, la reducción de los tiempos de demora para ser atendido, el impulso a la competencia gestionada y la comparación (benchmarking) entre centros, y en definitiva más y mejores recursos para la población.
- Potenciación de la autonomía de gestión de sus centros y de los profesionales que desempeñan su función en ellos, mediante el establecimiento de Planes de Gestión y Acuerdos de Gestión que promueven la corresponsabilización en la toma de decisiones y en la utilización adecuada de los recursos, al ligar el presupuesto de los centros y de las unidades que los componen al cumplimiento de determinados objetivos de actividad, tanto asistencial como docente e investigadora. Relacionar la planificación estratégica de los centros a la de la institución con el fin de ir alienados en la gestión global.
- Aumentar la equidad en el acceso y ordenación de los recursos asistenciales mediante mapas territoriales con zonificación geográfica que tienen en consideración tanto isocronas que valoran la distancia a los servicios más próximos en un medio de transporte público habitual como los horarios de atención o la dotación y obsolescencia de las infraestructuras y el equipamiento existente en cada demarcación, para priorizar la aco-

metida de nuevos centros, la remodelación de los existentes, la innovación tecnológica o la contratación de personal en aquellos más deficitarios.

- Impulso a la gestión clínica basada en la gestión por procesos que ayude a controlar todas las actividades tanto asistenciales como no asistenciales, creando la cultura en el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica, que motiven a los profesionales en el desempeño de su labor, primen la evaluación de la práctica asistencial, reduzcan la variabilidad de la práctica clínica y promuevan la ética y deontología médica basada en el principio de autonomía del paciente y en el de justicia social, empleando los medios requeridos por cada paciente en función de criterios de coste efectividad.
- Organización y desarrollo del talento a través de la gestión del conocimiento y la formación de los profesionales de la salud tanto directivos como mandos intermedios y del personal de base, con el fin de familiarizarles con el empleo de determinadas herramientas de gestión.
- Objetivo prioritario sobre la sostenibilidad financiera del sistema, mediante la implantación de un modelo de asignación de recursos que elimine la presupuestación basada en el histórico, ligue el presupuesto a los resultados de salud, incentive el reconocimiento al logro de objetivos y cuente con un cuadro de mandos que permita la evaluación y el seguimiento de los objetivos alcanzados.

Sobre todos estos principios, objetivos y bases, la empresa licitante, Makiber, S.A. propuso como la mejor elección por parte del IESS, la fórmula innovadora de contratación denominada Proyecto Integral por precio fijo. Se consideró que esta sería la mejor opción para acometer el nuevo Hospital San Francisco de Quito, representando una inigualable oportunidad para desarrollar e implantar desde la concepción del centro, todos los principios señalados anteriormente.

Con ello el IESS, conseguía cerrar un círculo, al optar por una solución integral a su modernización y abordaje de su plan de mejora de la sanidad, que incluía todas las fases del proyec-

to de puesta en marcha de un hospital: diseño, construcción y equipamiento, puesta en funcionamiento, implantación de un nuevo modelo de gestión, provisión del sistema de información y capacitación del personal.

Las ventajas que presentaba esta fórmula ofertada de contratación, podemos identificarlas de la siguiente manera:

- Se aseguraba que el HSFG sería utilizado tal y como fuera configurado en su diseño y que se emplearían adecuadamente y se optimizarían los recursos asignados. Al incorporar una labor de acompañamiento técnico y de apoyo a la gestión por parte de la empresa Makiber, S.A., durante un periodo que abarca 24 meses desde su inauguración, se tenía un incentivo adicional para proporcionar valor añadido a cada una de las etapas, con el fin de asegurar que cada una de ellas se ha efectuado con óptima calidad y teniendo en consideración la máxima funcionalidad y operatividad, ya que primaba en el proyecto el tiempo de apoyo a la gestión sobre la construcción de la infraestructura.
- Por muy certero que fuera todo el diseño y planificación del proyecto, estaba claro que habría que realizar, con un mínimo impacto, los previsibles ajustes y adaptaciones de la infraestructura y el equipamiento, que por regla general suelen precisar los nuevos centros cuando comienzan su andadura. El que Makiber, S.A. tuviera como responsabilidad y parte del proyecto, el permanecer 24 meses más en la gestión y organización del centro, mantendría una gran implicación, en la puesta en funcionamiento del Hospital San Francisco de Quito. Era evidente que su profundo conocimiento de la globalidad del proyecto desde su comienzo, su responsabilidad en la formación y capacitación del personal en el manejo tanto de las infraestructuras y el aparataje, como de los distintos instrumentos de gestión que se implanten, el establecimiento de los diversos planes de funcionamiento, gestión y organización, son todos ellos factores muy positivos que facilitan esta tarea.
- El liderazgo por parte de una empresa extranjera al Ecuador, donde se cuenta con un siste-

ma público sanitario de reconocido prestigio a nivel mundial, permitía incorporar tendencias de vanguardia en el campo de la gestión de instituciones de salud que ya habían resultado exitosas en otros países, y por lo tanto validadas. Estos sistemas, adaptados a la realidad de Ecuador mediante la formación continuada y la interacción en paralelo con un equipo de profesionales del país, aseguraban en gran medida el éxito del proyecto. El equipo directivo ecuatoriano, contraparte del internacional (Español), desempeñaría un papel fundamental en la adaptación al país de las innovaciones en los instrumentos de gestión y como formadores de nuevos profesionales de la gestión ecuatorianos.

- Se pretendía evitar injerencias de otro tipo: sociopolíticas, mediáticas, que condicionarían el nuevo modelo “centrado en el paciente” y perpetuarían aquellas prácticas históricas que han demostrado sus limitaciones para proveer una atención de calidad y para optimizar los recursos asignados. El apoyo de un equipo independiente internacional con amplio conocimiento en los procesos de gestión de hospitales “excelentes” facilita este proceso. Además, al contar con una contraparte nacional se legitima socialmente el modelo, dado que aquellos aspectos que representen mayores ventajas y valor añadido serán valorados e identificados como propios y extendidos a otros centros.
- Gestionar este centro con un “modelo diferencial” permitirá que la implantación de determinadas medidas innovadoras, como modelos de selección de personal o de incentivos, basados en el conocimiento y la evaluación del desempeño, pueda realizarse sin tener que involucrar a toda la Institución del IESS. Además dado el carácter privado de la gestión evitará interferencias de diversos grupos de interés que podrían frenar el proceso. Destacar que el resto de las posibilidades de gestión ya han sido experimentadas y han demostrado sus carencias. ¿Por qué no apostar por un nuevo modelo que ha demostrado en otros lugares grandes ventajas? Para el IESS el riesgo que se asume es mínimo y puede ser sometido a revisión y evaluación

dentro del propio contrato. Para el licitante representa una oportunidad de contribuir al éxito de una moderna fórmula de contratación que implica un cambio sobre los habituales proyectos “llave en mano”, con una visión de aliado estratégico que aporta su conocimiento y recursos no solo para la construcción de la infraestructura.

- Se trataba de concebir el proyecto de forma que existiera una continuidad entre el diseño inicial y la adecuada utilización posterior de la infraestructura y el equipamiento, con el fin de implantar desde el principio determinadas actuaciones ya testadas en otras instituciones de salud de otros países que aportan mucho valor añadido a los asegurados, pacientes y acompañantes y a los profesionales. A modo de ejemplo:
 - Historia clínica electrónica única para todos los niveles asistenciales, con sistemas estandarizados y automatizados que reduzcan la cumplimentación de datos y potencien el que se comparta un conjunto mínimo de datos básicos y facilite la entrega al paciente de un informe clínico al finalizar su proceso de atención.
 - Sistema centralizado de gestión de pacientes, con protocolos y guías clínicas de atención que permitan la reducción de los tiempos de demora para ser atendido, con definición y acuerdo entre los distintos niveles de atención de las funciones y cometidos de cada una de ellos, y los mecanismos de transferencia y contratransferencia, los requerimientos para la inclusión de un paciente en lista de espera, la priorización en la atención en función de la gravedad de la patología y del tiempo de demora o la elaboración de la programación quirúrgica o de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y otras acciones de mejora, sobre la base del máximo aprovechamiento de la capacidad instalada.
 - Desarrollo de acuerdos de gestión entre el IESS y las unidades médicas, que permitan una descentralización real de las decisiones a los centros y a cada una de sus unidades, con presupuestos basados en resultados



Figura 2-6. Etapas del proyecto de gestión del HSFQ.

de forma que los directivos y profesionales se corresponsabilicen en el proceso de toma de decisiones y en la utilización adecuada de los recursos.

- Implantación de sistemas de compras y suministros, y otros procesos de apoyo que garantizaran el adecuado aprovisionamiento y funcionamiento del hospital, por ejemplo con pactos de consumo con las distintas unidades y sistemas de dispensación automatizada de farmacia que aumentan la seguridad del paciente, sistemas de unidosis, reduciendo los errores de transcripción y el uso racional del medicamento.

Todo este proyecto, en la oferta presentada por la empresa MAKIBER, S.A. incluía un desarrollo metodológico para el apoyo y acompañamiento en la gestión, el cual se estructuró en una serie de etapas, precedidas de una etapa organizativa preliminar destinada a la organización general del Proyecto, y soportada por una línea de actuación transversal a todo el proyecto, que se extienden durante todo el proceso, e implica la evaluación y control de calidad, y la comunicación y la gestión del cambio.

Estas etapas que se desarrollan a continuación son (Figura 2-6):

- Etapa preliminar organizativa.
- Etapa de análisis de situación.
- Etapa de definición y desarrollo del Modelo de Hospital.
- Etapa de apertura y gestión.
- Etapa de Comunicación y gestión del Cambio.

Etapa preliminar organizativa:

En esta etapa inicial, comenzaría inmediatamente después de la firma del contrato entre el IESS y la empresa Makiber, S.A., y que coincidió con el inicio de las obras. Se llevó a cabo la presentación del plan de trabajo y cronograma de actuaciones así como la propuesta metodológica para discutir su contenido y enriquecer la misma con las aportaciones del IESS.

En esta etapa se abordaría también la constitución de las comisiones y grupos de trabajo, seminario metodológico y la recopilación de la información y documentación actualizada necesaria. Durante ella se efectuarán los preparativos y actividades organizativas necesarias para garantizar el éxito del Proyecto:

- ▶ Identificar correctamente a todos los grupos de interés y estancias implicadas, incorporándoles al proceso y recabando su participación
- ▶ Conocer sus expectativas y focos de interés.
- ▶ Facilitar las relaciones, el intercambio de información y conocimiento entre los citados agentes y el equipo internacional de apoyo a la gestión.
- ▶ Constituir los equipos de trabajo y designar interlocutores clave.
- ▶ Validar los objetivos, alcance y metodología de trabajo relativa al proyecto.

La constitución de Grupos de trabajo se consideró una herramienta esencial para garantizar la implicación de los profesionales del IESS en la ejecución del Proyecto y en el desarrollo del Modelo organizativo-funcional. Se propusieron constituir Grupos de trabajo para abordar específicamente, entre otros, los siguientes aspectos:

- ▶ Integración del Hospital en la red, referencia y contrarreferencia,
- ▶ Modelo de Organización y diseño de procesos
- ▶ Sistemas de Información y Comunicación,
- ▶ Acuerdos de gestión,
- ▶ Programas de formación, docencia e Investigación
- ▶ Gestión de pacientes,
- ▶ Revisión del plan funcional y del plan de equipamiento,
- ▶ Potenciación de las alternativas a la hospitalización convencional,
- ▶ Valoración de la externalización de servicios de soporte no sanitarios,
- ▶ Gestión clínica,
- ▶ Logística y sistema de compras y abastecimiento,
- ▶ Política de personal, salud laboral y ergonomía,
- ▶ Impacto y sostenibilidad medioambiental del HSFG.

Sus funciones serán el análisis, desarrollo, revisión, propuesta y aprobación de los programas y modelos funcionales de las respectivas áreas de competencia asignadas a cada grupo.

Como una de las más importantes y entre las primeras actuaciones que se llevaron a cabo se encontraba la celebración de unas jornadas que se efectuaron en el IESS. En ella participarán el Equipo Directivo Asesor de apoyo internacional y los miembros de los comités y grupos de trabajo. Con posterioridad se realizarán distintos seminarios y talleres formativos durante el tiempo de apoyo a la gestión previo a la apertura.

El objetivo principal de las citadas jornadas, sería realizar una puesta en común de la metodología, unificar criterios y conceptos, intercambiar información, y sobre todo, una adaptación del enfoque metodológico a la realidad del IESS. El objeto fue garantizar la completa comprensión del alcance del proyecto por el equipo de apoyo técnico internacional y el conocimiento por parte de este de las expectativas previas de los distintos agentes implicados en su realización.

Esta jornada permitirá la utilización de los instrumentos de seguimiento de proyecto de forma óptima por todos los participantes. Su contenido será reproducido en una publicación con el fin de que pueda ser utilizado como base para otras presentaciones.

A modo de resumen, los productos de la etapa preliminar organizativa serán:

- Objetivos, metodología y cronograma de trabajo validados con el IESS.
- Interlocutores designados y fuentes de información identificadas.
- Comisiones de dirección y coordinación constituidas, e integrantes de grupos de trabajo designados.

Etapa de Análisis de situación:

Esta etapa se ejecutará durante el periodo de obra, y comprende actuaciones previas incluidas como mejora por la empresa oferente. En esta etapa se llevará a cabo tanto un estudio pormenorizado de la oferta de centros de atención primaria y de hospitales existentes en el área de influencia del hospital, como del papel que desempeñará el nuevo Hospital en la red de servicios. Así mismo se realizará un diagnóstico de las condiciones de salud del área de referencia y la actualización del

estudio del impacto medioambiental que tendrá el proyecto. Se establecerán las vías de comunicación y relaciones entre el nuevo hospital, el IESS, el resto de hospitales de referencia del área, atención primaria y servicios sociosanitarios. Incluye un análisis para la actualización del programa médico-funcional y del equipamiento. En este momento se establecerá la reordenación de la cartera de servicios.

La propuesta de mejora del plan funcional inicial, la configuración inicial, así como del proyecto arquitectónico incluido en los pliegos, debía ser revisada para su continua adecuación, para comprobar que el HSFQ había sido concebido siguiendo los principios de la arquitectura sanitaria basada en la evidencia científica (evidence based health design). Estos se desprenden de un estudio que analiza diferentes configuraciones de las infraestructuras hospitalarias y su impacto sobre la mejora tanto en el bienestar y salud de los pacientes como en las condiciones laborales y el desempeño de la labor de los profesionales. Su fundamento se asienta en que un hospital que sea diseñado bajo las recomendaciones que han resultado científicamente probadas puede incrementar la calidad y la seguridad de los pacientes, familiares y acompañantes, aumentar la efectividad, la eficiencia, reducir costes y facilitar la práctica clínica.

Por otro lado era imprescindible contar, antes de la puesta en marcha y funcionamiento, así como de realizar la adquisición del equipamiento, con una revisión del plan de equipamiento incluido en los pliegos de licitación, que nos asegurara el que se fuera a cubrir todas las necesidades del centro según la cartera de servicios asignada inicialmente.

A modo de resumen, los productos de esta etapa serán:

- Revisión del plan funcional
- Revisión del plan de equipamiento
- Diagnóstico de situación del hospital y su entorno, que será la base para las actuaciones de la siguiente etapa.

Etapa de definición y desarrollo del Modelo de Hospital:

Esta etapa se llevaría a cabo mayoritariamente durante la ejecución de la obra, y coincide con la etapa que el licitador ha denominado “periodo preparatorio de gestión”. En esta etapa se profundizará en el estudio del entorno, que se ampliará con las tendencias de vanguardia, nacionales e internacionales, en el ámbito de la gestión de los servicios de salud. Tras esta valoración se procederá al establecimiento del modelo organizativo y de gestión del Hospital San Francisco de Quito, considerando las posibilidades y atendiendo a la experiencia previa nacional e internacional, tanto en éxitos como en limitaciones. En esta etapa se desarrollará: el plan estratégico y las líneas de actuación del nuevo centro y de acuerdo con ello, el plan de gestión con la determinación de las necesidades de recursos tanto humanos como materiales, la configuración de los acuerdos de gestión entre el Hospital y su red, y el IESS, la descentralización de la gestión interna del hospital, la corresponsabilización en la toma de decisiones de las distintas unidades que lo componen y el desarrollo de los instrumentos precisos para la gestión clínica, y mejora continua y el diseño de los procesos.

El planteamiento del modelo de gestión, así como el establecimiento de los principios motores del mismo, se realizará sobre el establecimiento de una política organizativa regida por las siguientes características:

- Se trata de un Hospital de segundo nivel de complejidad [55].
- Hospital de alta resolución: dando una respuesta adecuada en el menor tiempo posible y con el menor consumo de recursos, basado en un modelo de atención integral de los pacientes y en la promoción de nuevas modalidades asistenciales.
- Hospital que promueve la ambulatorización, impulsando medidas de desarrollo en la unidad de urgencias, consultas externas, gabinetes funcionales y otras formas alternativas a la hospitalización de los pacientes (refuerzo de los Hospitales de Día; Hospitali-

zación domiciliaria, corta estancia,...).

- Hospital integrado, en la red asistencial del área de influencia, de forma que se garantice la continuidad asistencial con las unidades médicas internas y externas de su ámbito asistencial.
- Hospital flexible: con capacidad para adaptarse a incrementos puntuales de demanda asistencial, así como a cambios originados por la evolución de las tecnologías médicas (adaptabilidad de la edificación y sus instalaciones). Así mismo, se tendrán en cuenta los cambios que se están operando en la gestión de compras, la logística, la gestión de almacenes, las oportunidades de externalización y otras posibilidades de compartir determinados recursos entre diferentes centros asistenciales del área de salud con objeto de optimizar las inversiones.
- Hospital moderno: basado en la gestión por procesos, con sistemas de información amplios e integrados; con capacidad de adaptación a nuevas demandas asistenciales (novedades diagnósticas y de tratamiento, envejecimiento de la población,...), y la incorporación de la tecnología necesaria para dar soporte al modelo asistencial y a la evolución de las tecnologías médicas.
- Hospital con un sistema de coordinación matricial, donde se facilite el flujo de comunicación y la existencia de Responsables de Proceso.
- Hospital Seguro, cumpliendo la Política Nacional creada a este respecto para que el funcionamiento de las instalaciones no se vea afectado por desastres naturales, garantizando su disponibilidad ante este tipo de situaciones.
- Hospital tecnológicamente complejo: con la incorporación de los sistemas de diagnóstico y tratamiento más punteros y eficientes, garantizando la eficacia y seguridad necesaria en las instalaciones que sirven de base a los sistemas de comunicación y las redes informáticas para dar soporte a las necesidades de intercomunicación y transmisión de voces, imágenes y datos.
- Hospital saludable: a partir de la incorpora-

ción de elementos, instalaciones, materiales y equipos que potencien el desarrollo sostenible, la eficiencia energética y el cuidado del medio ambiente, minimizando el impacto ambiental de las actividades en él desarrolladas.

- Hospital de calidad: donde los principios rectores se basan en Procedimientos y Protocolos de actuación, trabajando para la certificación ISO 9001 [56] y modelo EFQM [57].
- Hospital evaluable: Generando datos anuales sobre la actividad asistencial habida durante el periodo, así como la asignación de costes, y demás datos significativos de actividad y resultados.
- Hospital docente: desarrollando programas de formación continua y participando en actividades docentes y de investigación, integrándose así en las actividades del conjunto de los centros asistenciales del área de salud.
- Hospital participativo: involucrando a los profesionales en la determinación de los objetivos asistenciales del centro.
- Hospital confortable: habilitando los espacios de trabajo y de exploración y tratamiento con la comodidad y los recursos necesarios para la atención asistencial adecuada, tanto para los profesionales como para los pacientes y sus familiares/acompañantes, dotando de recursos hoteleros de máxima calidad.

Los productos de esta etapa serán:

- Modelo Organizativo y de Gestión del hospital propuesto para el HSFQ.
- Los primeros borradores del Plan estratégico del Hospital, con propuestas de la definición de la misión, visión y valores, líneas de actuación, objetivos estratégicos y operativos, y planes de acción necesarios para su logro.
- Plan de gestión del Hospital, con definición de las capacidades máximas posibles con el fin de preparar el desarrollo de otras herramientas necesarias de gestión, como el Acuerdo de Gestión, o el sistema de incentivos
- Plan de calidad y mejora continua del Hospital.
- Diseño de los procesos del Hospital.

Etapa de apertura y gestión:

En este momento, ya están establecidas las bases de funcionamiento del HSFQ, implantados los sistemas de comunicación entre el IESS y el equipo directivo asesor, así como configuradas las líneas de actuación del nuevo centro asistencial.

Se establecerá un plan de apertura de forma que el nuevo hospital sea accesible a la población en el plazo indicado por el IESS.

Esta fase conlleva su habilitación previa finalización y de la construcción y el montaje de los equipos, y comprobación de todos los requisitos y requerimientos que se precisan con carácter previo a la puesta en funcionamiento y apertura del nuevo centro, la elaboración de un plan de contingencias frente a los riesgos.

Esta etapa se concibe como un periodo “puente” entre el preparatorio de y el periodo de gestión del centro propiamente dicho. Los productos son:

- La elaboración del plan de apertura.
- La habilitación de la infraestructura.
- El montaje del equipamiento, su calibración y puesta en marcha.
- La ejecución del plan de apertura y por tanto el inicio de actividad del hospital.

Se comenzará por establecer la secuencia de actividades previas a la puesta en servicio de la nueva infraestructura, así como el cronograma para su realización, quedando de la siguiente forma:

- Fase de preapertura
- Fase de apertura

Los diferentes cronogramas planificados y ejecutados pueden observarlos en las **figuras 4-6 A, B y C**.

Posteriormente, y a modo que se acercaba la fecha, en el plan de apertura del Hospital se concretó la programación de su puesta en funcionamiento de forma ordenada, gradual y escalonada con el fin de alcanzar en el menor tiempo posible su capacidad óptima asistencial y docente.

La puesta en marcha del HSFQ implicaba la consideración de multitud de variables, tanto dependientes como no dependientes, de las actuaciones que lleve a cabo el adjudicatario. Cada una de ellas está sometida a diferentes riesgos, cuya probabilidad de suceder puede ser mayor o menor, pero que, en todos los casos, repercute negativamente sobre el inicio y el alcance del funcionamiento óptimo, en el menor tiempo previsto.

El análisis formal de los riesgos, y su posterior gestión, nos podían ayudar a prevenir y mitigar éstos, mediante la implantación de acciones específicas que contribuirán a disminuir su impacto negativo en el proyecto. La anticipación del riesgo permite diseñar y programar acciones para su mitigación o corrección que evitan, en caso de suceder incidencias, la vulnerabilidad e improvisación en la toma de decisiones, la adopción de actuaciones de mayor coste que las requeridas y la falta de programación inicial de las actuaciones requeridas para su eliminación o reducción.

Se identificaron y previó la posibilidad de encontrar una serie de riesgos en la fase de apertura, con el fin de adelantarnos a sus posibles consecuencias negativas [58]:

FACTORES DE RIESGO EXTERNOS:

- RRHH: Falta o escasez de determinados profesionales sanitarios o de otras categorías.
- Equipamiento y bienes y servicios: suministradores con bajas existencias de equipos. Para su identificación se recopilará información sobre las distintas casas comerciales proveedoras de cada equipo y sobre el tiempo medio que precisa desde su adquisición hasta su entrega.
- Suministro de agua, energía eléctrica, gases medicinales. Se identificaron quienes son las empresas proveedoras existentes en el mercado y condicionantes y tiempos medios requeridos por cada una de ellas para proporcionar el suministro.
- Accesos: por ejemplo por retrasos en la construcción de las aceras perimetrales que son responsabilidad del municipio. Se

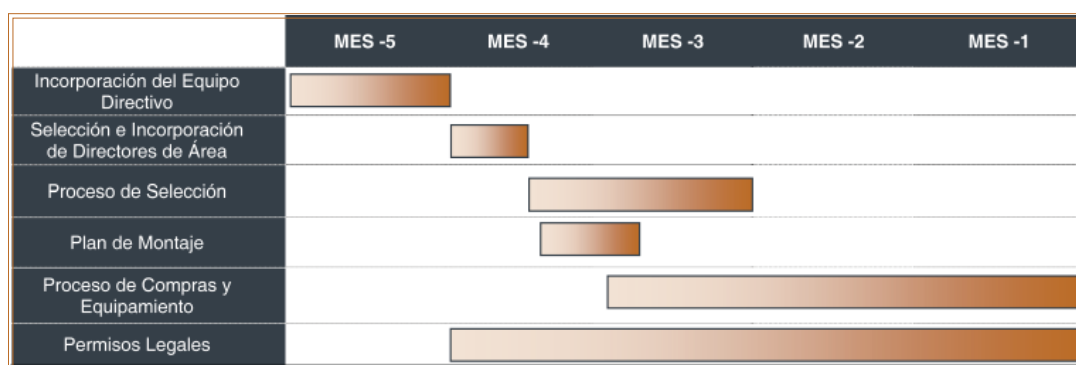


Figura 4-6 A. Cronograma y acciones propuestas de la fase de preapertura.

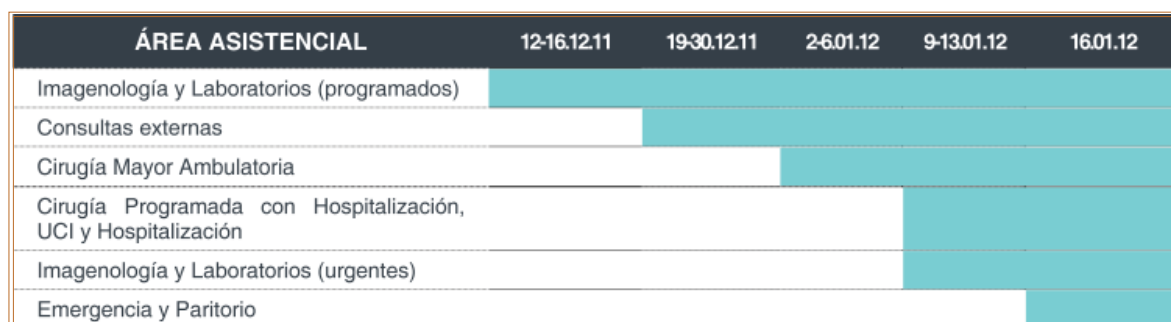


Figura 4-6 B. Cronograma y acciones propuestas de la fase de puesta en marcha del hospital.

FECHA	ÁREA
12/12/1011	Servicios Centrales (Radiología, Farmacia, Laboratorio Clínico y Patológico).
19/12/2011	Consultas Externas
22/02/2012	Área Quirúrgica
23/03/2012	Hospitalización Quirúrgica 12 horas
16/04/2012	Servicio de Endoscopías
21/05/2012	Hospitalización Clínica, Quirúrgica, Ginecología y Pediatría 24 horas y Unidad de Cuidados Intensivos
28/05/2012	Urgencias
01/06/2012	Paritorio y Neonatología

Figura 4-6 C. Cronograma y acciones realizadas de la fase de puesta en marcha del hospital.

- identificará la unidad responsable y se establecerá una relación estratégica entre el contratista y el ayuntamiento para su acometida en tiempo y forma.
- Licencias y permisos: sobrecarga de las entidades responsables de otorgar este tipo de autorizaciones. Para su identificación se elaborará un listado de cada licencia o permiso necesario desde la fase de construcción hasta la puesta en funcionamiento del nuevo centro, con los tiempos medios de tramitación requeridos por cada instancia.
 - Derivación de pacientes desde otras instituciones sanitarias implicadas: retrasos o demoras en la remisión de pacientes al nuevo centro, por parte de atención primaria o por parte del hospital del que depende. Para su identificación se analizará por ejemplo si la frecuentación esperada y el volumen de llegada de pacientes se corresponde con los previstos en inicio.

FACTORES DE RIESGO INTERNOS:

- Equipamiento: diferenciar entre el equipamiento que repercute en obra sobre el resto. Determinación del equipamiento que requiere cada área, unidad y local (room by room).
- Recursos Humanos: Requerimientos de plantilla:
 - » Cuantitativos: número de personas por tipo y categoría profesional requeridos.
 - » Cualitativos: perfiles y experiencia mínima necesaria de cada puesto.
- Profesionales sanitarios (médicos, enfermería): dimensionado, requerimientos y perfiles de profesionales de cada tipo, evaluación del mercado y priorización de aquellos que presentan alta demanda y escasez en la oferta, búsqueda activa y selección en un periodo de tiempo adecuado.

Por otro lado, esta fase también incluye la etapa de apoyo a la gestión e implantación del modelo definido en la etapa de modelización. Como resultado del trabajo previo, se instaurará el modelo de gestión definido para el HSFQ. Esto implica la implantación de los planes y líneas de actuación desarrollados, del sistema de organización y funcionamiento diseñado, de la gestión por procesos y de la estructura organizativa y de los instrumentos de gestión y evaluación precisos para el seguimiento y monitorización de los logros alcanzados por el nuevo modelo. Aunque todas las etapas conllevarán actuaciones formativas y de capacitación del personal, en ésta se efectuarán de un modo continuado y programado de acuerdo con un plan de capacitación específico.

Los productos de la etapa serían:

- La implantación de los planes y actuaciones definidos.
- La evaluación de su impacto, y adopción de eventuales ajustes, si fueran necesarios.
- La monitorización continua de la gestión del Hospital.
- La transferencia de conocimiento, la formación y capacitación de los directivos locales.
- La evaluación y cierre del proyecto.

Esta etapa de apoyo a la gestión e implantación

del modelo de gestión definido, contó con una serie de elementos fundamentales para llevarse a cabo, sobre todo desde el punto de vista del Equipo Directivo Asesor, asignado por la empresa Makiber, S.A. y aprobado por el IESS como cliente final del proyecto.

En el Hospital existiría un único equipo directivo, responsable de la dirección y gestión de todos los servicios que se prestan en el Hospital, sanitarios y no sanitarios. El proyecto estará liderado por un equipo de profesionales directivos con amplia experiencia en procesos de puesta en funcionamiento y gestión de hospitales. La concepción se basa en una continua interacción entre este Equipo Directivo Asesor, que liderará el proyecto en el periodo de Gestión, y una contraparte de profesionales de Ecuador, produciéndose entre ambos una transferencia permanente de conocimiento con el fin de proceder de forma continua a una “formación de formadores” durante el periodo bienal que alcanza este apoyo.

La labor de “acompañamiento” en el área de gestión incluirá:

- Un equipo directivo constituido por 6 profesionales expertos en las distintas áreas en las que se organiza la gestión del centro:
 - Área de gestión administrativa:
 - » Director Gerente
 - » Director Económico-Financiero
 - » Director de Servicios Generales
 - Área de gestión clínica
 - » Director Asistencial
 - » Director de Cuidados.- Al final por el modelo planteado no se contó con este puesto quedando en dos Directores Asistenciales.
 - Gestión de Sistemas de información hospitalaria
 - » Director de Servicios del sistema de información

A modo de resumen, las funciones propia de las distintas direcciones del siguiente modo:

- **Dirección de Servicios Generales:** Además de ser responsable del adecuado estado de la infraestructura y sus equipos, incluimos en

su alcance la responsabilidad el estado físico y estructural del edificio en su totalidad, por lo que también asumirá las labores de gestión y coordinación de los servicios generales, aglutinando de esta manera todos los servicios que afectan al estado y conservación de la infraestructura:

- Asistencia técnica y mantenimiento
- Desechos y evacuación de residuos
- Limpieza
- Vestuarios de personal
- Parqueo
- Lencería
- Cocina (supervisado por el servicio de Nutrición del propio hospital).
- Cafetería
- Bodegas
- **Director Económico-Financiero:** Sus competencias están en relación a la programación y gestión de compras, gestión de proveedores, gestión de suministros, desarrollo de contabilidad analítica, compras y contratación, presupuestos, facturación, etc.,
- **Director Asistencial:** Serán los responsables del diseño, coordinación, ejecución y evaluación de la atención sanitaria que se prestará en el Hospital. Tendrá una organización de tipo matricial integrada por los diferentes Coordinadores Asistenciales, los Responsables de Procesos y los servicios transversales (servicios centrales de diagnóstico, farmacia, Medicina Preventiva, Esterilización,...).
- **Director de cuidados:** Si bien su función prevista y primordial era la responsabilidad de los cuidados a los pacientes del Centro, en coordinación con el Director asistencial, debido al objetivo de innovar en la gestión, se consideró que estas actividades debían estar incluidas de manera integral en cada uno de los procesos asistenciales identificados. Por ello, se pensó en gestionar el centro como el resto de empresas del mundo, y sustituir la gestión de un hospital a través de categorías profesionales.

Aparte de estos recursos principales del proyecto, se contó con otros profesionales como staff o apoyo de la dirección, con un carácter transversal

en cuanto a su alcance, como:

- **Departamento de Recursos Humanos:** responsable de la ejecución de la política de RRHH del Hospital y de gestión del personal. Tendrá adscritos dos apartados:
 - **Área de gestión de personal y desarrollo profesional** (planificación y organización, contratación, nóminas, permisos y absentismo, relaciones sindicales; selección, evaluación del desempeño y formación).
 - **Área de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral:** vigilará el correcto cumplimiento de los planes de salud del personal y la aplicación de medidas de Prevención de riesgos laborales de cada puesto.
- **Departamento de calidad y medioambiente:** Como staff del director gerente, es el responsable de supervisar el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad de cada uno de los servicios previstos. Como otro de sus cometidos se incluye el aseguramiento de los criterios de calidad previstos, así como la obtención en el tiempo establecido y su posterior mantenimiento de las acreditaciones ISO (o similar) propuestas al IESS.
- **Atención al Usuario:** Servicio establecido como staff de la gerencia por cuanto proporciona información a tiempo real del estado y funcionamiento del hospital. Entre sus funciones, se ocupará de atender, ayudar, orientar, informar, gestionar las sugerencias o dudas planteadas y contestar las reclamaciones y felicitaciones que de manera verbal o escrita transmiten los usuarios del Hospital, además de realizar las siguientes actividades:
 - Acoger y acompañar al paciente que ingresa en el centro para ser intervenido quirúrgicamente a su habitación.
 - Informar a los familiares que están en las salas de espera de los quirófanos.
 - Realizar visitas programadas a pacientes hospitalizados para valorar sus necesidades no asistenciales.
 - Entregar a los pacientes que han estado ingresados en el hospital la Encuesta de Satisfacción de posthospitalización y codificar sus resultados.

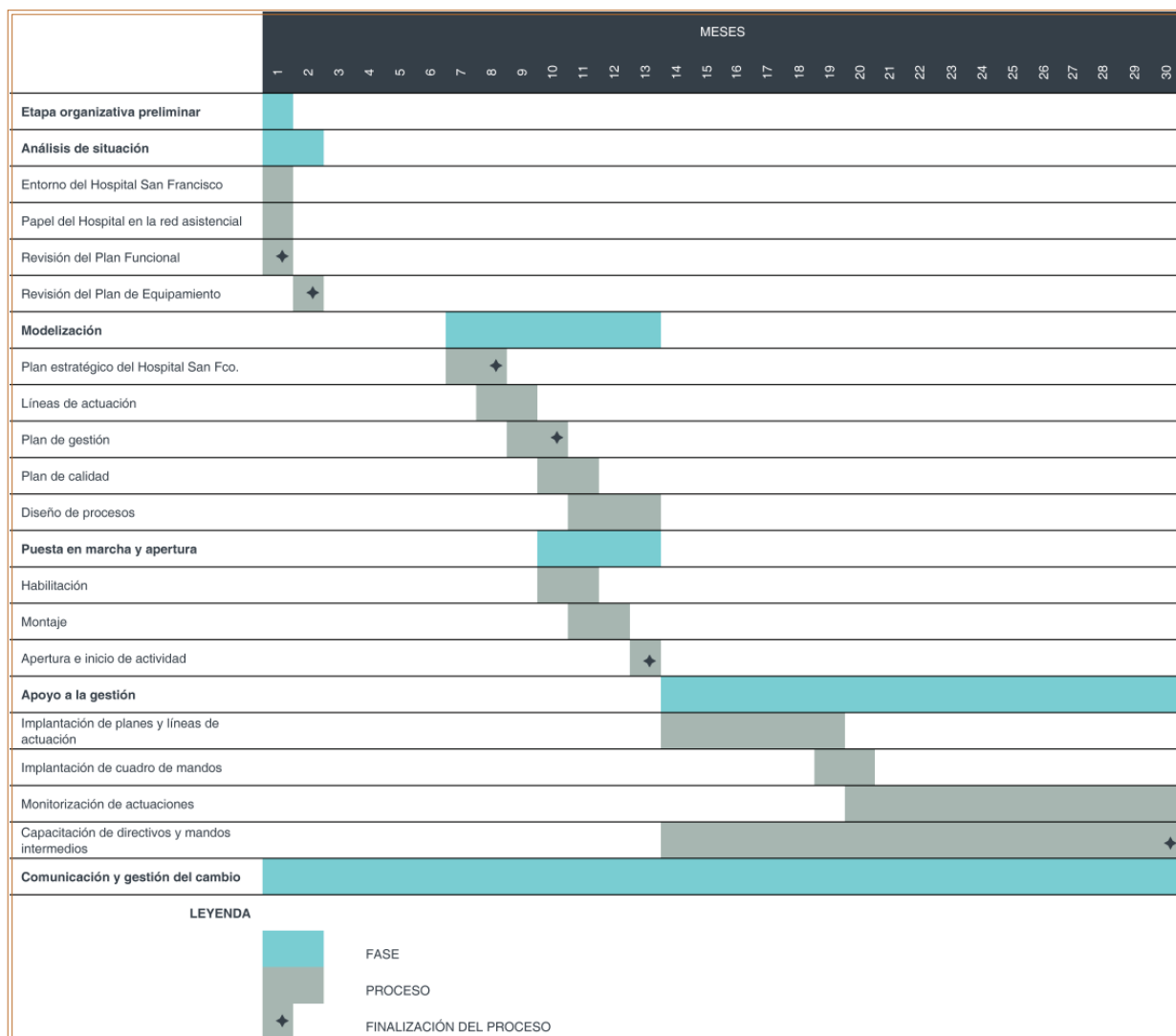


Figura 5-6. Cronograma y acciones propuestas del proyecto total.

También se propuso, y así se gestionó, el situar ciertos servicios como el Servicio de Sistemas de Información Hospitalaria, asesoría jurídica, Investigación, docencia y formación, comunicación y marketing, control de gestión y estadística y salud ocupacional y laboral, a nivel de staff del director gerente, basándonos en su carácter transversal y generador de información directa sobre el funcionamiento del hospital.

De esta manera, el organigrama completo del equipo directivo del HSFQ propuesto se puede observar en la parte de “Resultados” de este trabajo.

A partir de aquí, el planteamiento a seguir en la organización de los recursos humanos era la incorporación de un alto porcentaje de talento nacional como expresión del logro del cambio, de manera que el personal del adjudicatario, al

final del periodo de contratación, hubiera realizado una auténtica labor de capacitación, siendo motor del cambio que deberá ser continuado por el personal del IESS.

Al finalizar el periodo de acompañamiento y apoyo a la gestión que proponía la empresa Makiber, S.A., el HSFQ dispondría de un equipo directivo local, tanto en los servicios centrales del IESS, como en la red y en el propio centro, con amplios conocimientos y experiencia en un modelo innovador de organización y funcionamiento, de dirección y gestión de instituciones de salud, capacitado para formar a otros cuadros directivos y para replicar la experiencia piloto, para capitalizar las lecciones aprendidas y constituir “un referente nacional e iberoamericano” para nuevos proyectos de similares características (Figura 5-6).

Etapas de Comunicación y gestión del Cambio:

Fue concebida como una etapa transversal, que arrancaba al inicio del proyecto, y acompañaba a este durante toda su ejecución. Consistió en la realización y apoyo a la implantación de un plan de comunicación que deberá satisfacer las inquietudes de público interno y externo, que tendría en cuenta las necesidades del nuevo centro y los principales grupos de opinión, se adaptará a la estrategia general del IESS y enfatizará la contribución del proyecto la modernización de los servicios, subrayando el gran número de ventajas asociados al nuevo modelo de hospital (sanidad más moderna, cercana y cómoda).

Los productos de esta etapa fueron:

- Plan de comunicación definido e implantado.
- Cambio hacia el nuevo modelo realizado con éxito.

De manera general, y en relación a la implantación de las fases anteriormente descritas, el cronograma de actuaciones que a continuación se detalla, se diseñó con el fin de conseguir una mayor congruencia en la ejecución del Proyecto, cumplir con el plazo establecido para cada fase y llevar a cabo la gestión de una manera adecuada, y aunque da satisfacción plena a todos los requerimientos de los pliegos de licitación, incluye algunos pequeños ajustes sobre ellos. Para ello fue preciso solapar el diagnóstico de situación, con el inicio de la definición del modelo de organización y funcionamiento con el inicio de la obra. Por este motivo se planteó en un principio la conveniencia de incorporar durante el primer mes del proyecto, el apoyo consultivo del equipo directivo asesor internacional con el fin de planificar el proyecto y llevar a cabo las actuaciones planteadas en las dos primeras etapas. De este modo se garantiza su implicación en el diseño y ejecución del proyecto desde su inicio.

6.2. MODELO DE GESTIÓN

Un modelo de gestión podría definirse como el esquema o marco de referencia para la administración y gobernabilidad de una entidad [59].

Un modelo de gestión de una organización

debe ser funcional y óptimo para la propia organización, y por supuesto, como las condiciones y realidades de las organizaciones cambian, los modelos de gestión también deben cambiar en el tiempo.

Podríamos decir que el modelo de organización ideal de cualquier organización debería cumplir con una serie de características:

- Formado por herramientas de gestión. Conocidas, validadas, aplicables.
- Con una cobertura integral de todas las actividades de la organización.
- Dinámico en el tiempo y en la forma.
- Manejado y controlado por el equipo directivo y conocido e implantado por todos.
- Basado en las necesidades de los clientes, y en la viabilidad a largo plazo de la organización.
- Debe contar con sistemas de incentivación que ayuden al logro de los objetivos de la organización.

En mi opinión, un modelo de gestión debe estar formado por la combinación de los elementos o herramientas de gestión, que ya existen, y que son perfectamente conocidas por los gestores, los cuales las combinan, según consideran mejor van a funcionar en una organización determinada.

Existen una gran cantidad de herramientas o elementos de gestión que día a día inundan nuestras vidas: Plan de gestión, plan estratégico, organigramas, procesos, cuadros de mando, análisis interno y externo, planes de formación, etc.

Otro de los problemas que nos hemos encontrado en la gestión sanitaria, es que la mayoría de estos gestores no conocen en profundidad las herramientas de gestión que existen en el mundo, y en el mejor de los casos su conocimiento es teórico.

Muchos de los gestores actuales, de la misma manera que en mi caso, nos hemos hecho de manera autónoma, a través de cometer errores, y solventar de la mejor manera los problemas que se nos ponían delante en el día a día. Incluso nos hemos encontrado con obstáculos dentro del sector ya que hay una “preferencia” hacia cate-

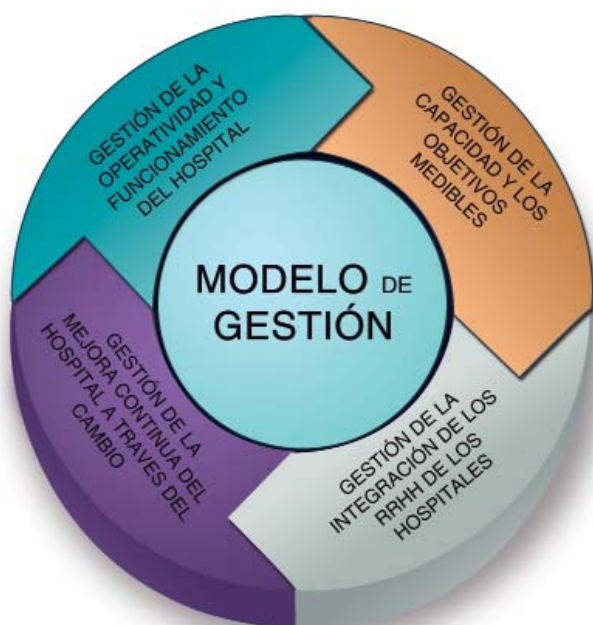


Figura 6-6. Necesidades a cubrir por el modelo de gestión

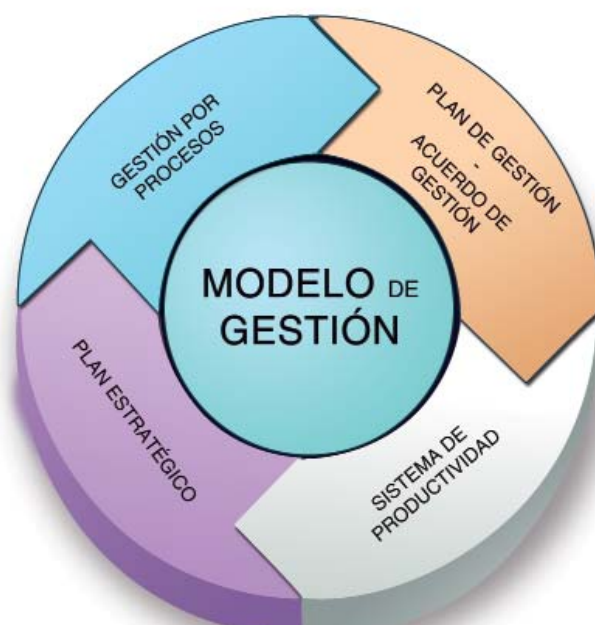


Figura 7-6. Herramientas utilizadas para cubrir las necesidades del modelo de gestión

gorías que tradicionalmente han estado ostentando estos cargos y no tanto hacia perfiles de gestión especializados.

En este punto, sería fundamental que el propio sistema fuera capaz de formar a través del conocimiento de los actuales gestores, a los futuros gestores y responsables tanto a nivel hospitalario, como a nivel de sistemas y servicios de salud, regional y nacional.

Al estar en un entorno, cuyo objetivo fundamental era un cambio en la gestión sanitaria del país, había que plantear un modelo novedoso, pero al mismo tiempo, lo suficientemente sencillo y operativo, debido a las deficiencias en el conocimiento sobre gestión sanitaria en el lugar.

Por ello, a pesar de ser un modelo que tenía que ser completo en cuanto a la cobertura de gestión sanitaria, debía ser lo suficientemente cercano y entendible en la aplicabilidad e implantación.

También éramos conscientes de que se debía aprovechar la coyuntura para incluir herramientas, propuestas y sistemáticas, que incluso en España hubieran sido imposible implantar por las dificultades y mentalidad ya conocidas del sector.

El modelo presentado en este trabajo consta de

cuatro grandes conceptos o herramientas de gestión, que a su vez, en su desarrollo están formados, cada uno de ellos, por otras herramientas de gestión, que ayudan a la implantación y desarrollo en cascada de estos, y del modelo en general.

Se ha tenido en cuenta en el modelo de gestión presentado, que la organización debe cubrir una serie de necesidades fundamentales (**Figura 6-6**):

- La gestión del funcionamiento normalizado del centro, basado en su actividad del día a día.
- La gestión de las necesidades de cambios y mejoras en cualquier ámbito de la actividad de la organización. Gestión de la mejora, innovación y cambio.
- El conocimiento de las máximas capacidades productivas y de aprovechamiento de los recursos del centro. Hasta donde podemos llegar.
- Un sistema de incentivación y motivación que unificara los intereses de todos los profesionales del centro.

Estas necesidades se hicieron realidad a través de las siguientes herramientas de gestión, las cuales había que diseñar la mejor sistemática para la situación del centro (**Figura 7-6**):

- **Gestión por procesos.** Nos permite establecer un sistema de funcionamiento normalizado de todas las actividades del hospital a través de su ordenación y estandarización en procesos y otros niveles de gestión y operatividad [60].
 - **Plan Estratégico.** Esta fue la herramienta de gestión elegida con el fin de gestionar todas aquellas actuaciones de cambio, mejora o innovación, que una vez ejecutadas y validadas se incluían como parte de la actividad del hospital, a través de la gestión por procesos [61].
 - **Plan de Gestión y Acuerdo de Gestión.** El Plan de gestión nos permite realizar un análisis, bajo las variables y criterios considerados, de la máxima capacidad productiva del hospital en cuanto a la asistencia que puede dar. A través del Acuerdo de Gestión se establecen los objetivos medibles de mejora continua necesarios para la evolución y adaptación del hospital a los requisitos y necesidades de sus partes interesadas, tomando como referencia los datos obtenidos en el Plan de Gestión, y en los indicadores de los cuadros de mando de procesos.
 - **Sistema de incentivación y productividad.** Permite orientar a toda la organización hacia un mismo objetivo. Debe permitir establecer sistemas de incentivación que ayuden a que no se fragmenten los intereses internos a través de los departamentos, áreas o servicio de manera independiente del resto. Este sistema debe tomar como referencia el resto de herramientas de gestión para su desarrollo e implementación [62].
- A grandes rasgos, estas son las cuatro principales herramientas de gestión que se propusieron desarrollar en el HSFQ, las cuales a su vez están complementadas con otras herramientas intrínsecas a la gestión sanitaria y a la gestión en general, las cuales nombramos a continuación:
- **Plan Funcional.** Desde sus inicios, el HSFQ contó con un Plan Funcional el cual es analizado de manera periódica, con el fin de ir adecuando las necesidades funcionales detectadas, y la identificación de nuevas necesidades.
 - **Plan de Equipamiento.** Desde sus inicios, el HSFQ contó con un Plan de Equipamiento que fue analizado de manera periódica, con el fin de ir adecuando las necesidades de equipamiento detectadas, y la identificación de nuevas necesidades, en base a su modernización y evolución.
 - **Cartera de Servicios.** Es imprescindible la definición de una adecuada Cartera de Servicios desde el punto de vista de especialidades y áreas, tanto asistenciales como no asistenciales, pero además, la determinación de los procedimientos y actuaciones de manera concreta. Este elemento es clave en la gestión cuando se trata de desarrollar la planificación de los recursos económicos, humanos, equipamiento, funcionales, etc. También es de alto grado de importancia, cuando el centro se encuentra inmerso en una red de salud, como es el caso del HSFQ.
 - **Gestión de los Protocolos Asistenciales.** Herramienta fundamental, incluida en la gestión por procesos, que ayuda a paliar uno de los problemas más importantes y conocidos de la gestión sanitaria: la variabilidad asistencial.
 - **Estructura Orgánica.** El desarrollo de un correcto organigrama es prioritario para conocer cómo vamos a organizar el HSFQ desde los cimientos. Es el pilar de la estructura funcional del HSFQ.
 - **Red asistencial y cobertura.** El conocimiento de este aspecto es imprescindible y afecta a todo el funcionamiento y operatividad. Este factor, a pesar de ser tan importante, no depende directamente de la gestión del propio HSFQ y debe venir establecido desde los entes superiores al centro.
 - **Comités y órganos de asesoramiento.** Comunes en la gestión sanitaria, realizan un papel fundamental en el asesoramiento y ayuda a la toma de decisiones de la Dirección del HSFQ. La gestión de estos organismos debe estar incluida en la gestión por procesos del HSFQ.
 - **Misión, Visión y Valores.** Determinados por los propios profesionales del centro, da una identificación y una base a lo que el centro debe ser.

Este trabajo incluye la totalidad de la gestión realizada para cada una de estas herramientas del modelo de gestión propuesto.

Es necesario recordar y tener en cuenta que las previsiones que se realizan en relación a las herramientas a incluir en el modelo de gestión, se planificaron de manera muy lógica y con gran sentido común, teniendo en cuenta todos los inputs necesarios, así como la información sobre el entorno en el que se iba a trabajar.

Aun así, una vez que el HSFG comienza su andadura y se analizan de nuevo la necesidad y la forma de implantar todas estas herramientas del modelo de gestión teórico propuesto se llegan en ocasiones a la conclusión de que las herramientas de gestión propuestas podrían ser implantadas de otra manera o con variantes que no se habían tendido previstas al 100%.

Así podremos ver que este apartado de “métodos” donde se explica el “cómo” estaba previsto realizar la implantación de todo el proyecto, y el modelo en sí, puede tener variaciones en el apartado de “resultados”.

Es necesario entender en este tipo de proyectos, que si bien una correcta planificación es imprescindible, las variaciones y las modificaciones que se deban hacer respecto a la realidad, hay que acometerlas sin ningún complejo, ya que lo que prima es lo que de verdad es útil en el día a día de las organizaciones.

6.3. LA GESTIÓN POR PROCESOS

Una de las herramientas elegidas como “principales” dentro del modelo de gestión, y además, considerada personalmente como la base actual de la gestión de calidad, y por lo tanto de todos los modelos que se refieren a esta disciplina, es la gestión por procesos.

Esta filosofía de trabajo, es la que actualmente están siguiendo todas las empresas del sector sanitario que intentan aplicar estándares de gestión, similares a empresas de otros sectores que han tenido éxito.

Es muy importante que los gestores sean capaces de aprender, entender y profundizar en la de-

finición de “proceso”. Sólo bajo el entendimiento de este concepto, seremos capaces de entender el verdadero alcance de esta herramienta de gestión.

A partir del concepto de “proceso”, los profesionales deben conocer cómo interpretarlo en las actividades de una organización sanitaria.

Otro de los logros que debe ser capaz de conseguir un profesional, consiste en asimilar la diferencia entre dos elementos de gestión de calidad, frecuentemente confundidos: Proceso y Procedimiento. Son dos términos que normalmente se utilizan como sinónimos, si bien tienen enormes diferencias [21].

A continuación, y una vez que seamos capaces de conocer la base del concepto de los procesos, tenemos que conseguir identificar los procesos de cualquier organización sanitaria. El siguiente aspecto de su gestión es: La interacción de los procesos [56].

Es fundamental conseguir diseñar un mapa de procesos que dé respuesta a la realidad de la organización, y que pueda incluir cualquier actividad desarrollada en la organización, sin excepción. Es decir, plasmar los procesos de una organización y su orden y colocación [63].

Un mapa de procesos debe ser la “fotografía” de las organizaciones según la estructura que queramos, y con las características de empresas excelentes en gestión [14].

Si conseguimos diseñar los procesos de una organización, la siguiente fase conlleva el establecimiento de las prácticas de gestión, a través de la documentación y desarrollo de los diferentes procesos.

A partir de aquí, es necesario tener clara una estructura básica de procesos, con una serie de elementos imprescindibles a definir y desarrollar, para implantarlos de manera segura y progresiva en las organizaciones.

Debemos ser capaces de trabajar sobre cualquier proceso e ir estableciendo las directrices necesarias para su aseguramiento a la hora de implantarlos.

En lo referente a la gestión, debemos ir cogiendo una idea bastante clara de cómo podríamos gestionar las diferentes áreas y actividades de las organizaciones sanitarias, observando que no sólo la propia actividad que desempeñan las empresas es lo único importante y condicionante para el buen funcionamiento de las mismas.

Por otro lado, una de las ideas más claras que debemos tener, es que, en todo momento debemos saber, mediante datos objetivos, cual es la situación de las organizaciones, ya que es la única manera existente de buenas prácticas para saber cuáles son las deficiencias o virtudes de la gestión.

Es por esto, que tenemos que buscar en un primer momento, el modelo más apropiado de gestión, el cual nos pueda ofrecer una manera de conseguir este primer objetivo, basado en nuestro conocimiento propio, que nos guiará en el camino que queramos tomar.

Debemos tener muy claro que el uso de esta herramienta de gestión, no debe ser deficiente, debido a la gran cantidad de organizaciones y países que están intentando aplicarlo e implantarlo. “La gestión por procesos”, incluido en normas de gestión reconocidas a nivel nacional e internacional, y utilizado como fundamento de gestión para aquellas organizaciones que quieran optar a certificaciones y acreditaciones que demuestren una compatibilidad con buenas prácticas en la gestión.

Este modelo, es la base estructural de los modelos modernos de gestión tales como el EFQM [57] y la norma UNE EN ISO 9001 [56] .

El enfoque a procesos consigue que en nuestras organizaciones se adquieran una serie de ventajas bastante atractivas; todo el mundo en la organización comprenderá el propósito de la misma y los objetivos y se sentirá motivado y apoyado para conseguirlos; podremos integrar un proceso de marketing en nuestro sistema de gestión y controlar el grado de satisfacción de nuestros clientes; las personas serán más valoradas y desarrolladas y los resultados se lograran a través de un trabajo en equipo; nos permitirá definir procesos los cuales se diseñarán para lograr unos

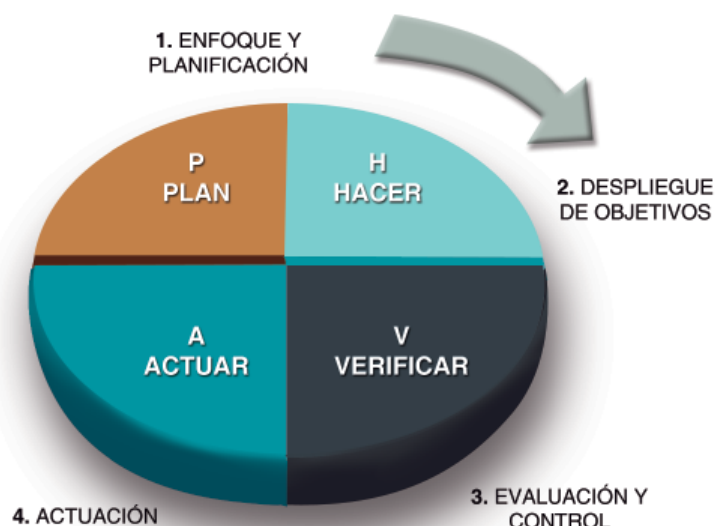


Figura 8-6. Ciclo de mejora continua de Deming.

objetivos definidos y serán medidos, revisados y mejorados continuamente, la mejora continua que pretendamos conseguir, nos hará salir a la búsqueda de oportunidades con objeto de mejorar el desempeño en todos los niveles y aspectos; nos permitirá decidir en base a los datos generados por los propios procesos del sistema; y por último aquellas decisiones clave de la organización, tendrán en cuenta a las diferentes partes interesadas y el impacto sobre las mismas.

En lo que aquí se refleja, se pretende dar una visión de gestión más moderna, basada en modelos actualmente utilizados por todas las organizaciones. Su base sale de los esquemas de gestión dados por los grandes expertos en el tema, consistentes en el ciclo de la mejora continua de las organizaciones: PLANIFICAR, HACER, ANALIZAR y ACTUAR (Figura 8-6) [64].

Si bien es cierto que no existe un modelo mágico de gestión, ya que se considera que el mejor modelo de gestión, es aquel que cada organización elige y demuestra que funciona según sus intereses, si pretendo dar nuevas ideas de cómo podemos orientar la gestión de nuestras actividades.



**DIME COMO MIDES Y TE DIRÉ QUIEN ERES:
LO QUE NO SE MIDE, NO SE PUEDE MEJORAR
LO QUE SE MIDE Y SE COMUNICA, MEJORA
TODO SE PUEDE MEDIR
TODO SE PUEDE MEJORAR**

Figura 9-6. Medidas en gestión.

Basamos el mejor modelo de gestión, en la planificación de las actividades, mediante la determinación de todos los parámetros, elementos y aspectos que se deban tener en cuenta, cuya puesta en práctica y seguimiento será lo que dé la eficacia del modelo a quien lo aplique.

Por otro lado se quiere dar a entender, que aunque no se hablará en términos económicos, la mala gestión y calidad cuesta dinero a las organizaciones; y nos basaremos en el principio de “medición” para demostrar que las cosas las hacemos bien. (Figura 9-6)

En definitiva, cualquier actividad puede basarse en esta herramienta de gestión, asimismo, esta herramienta puede y debe desarrollarse con el fin de completar toda la gestión de las organizaciones. Midiendo nuestras actividades podemos saber cuánto nos cuestan, cómo planificamos, qué recursos necesitamos, etc...

Procesos & Procedimientos

Hoy en día muchas organizaciones han empezado a “ordenar” su gestión mediante la realización de documentos que describen la manera que tienen de actuar, y en parte han conseguido su objetivo si bien no han completado el mismo. Los procedimientos, protocolos, guías, etc. nos permiten poner y dejar constancia de cómo queremos que se hagan las cosas, pero en ningún

momento podemos asegurar al cien por cien que las cosas se hagan así por el mero hecho de estar escritas.

Uno de los principales engaños a los que podemos llegar, es confundir los términos “proceso” y “procedimientos”. Tenemos que distinguir perfectamente que un procedimiento o protocolo, nos describe la manera de realizar una o varias actividades, pero que en ningún momento nos asegura una buena gestión de esas actividades descritas, “el papel lo aguanta todo”; mientras que el proceso nos va a medir hasta qué punto estamos cumpliendo con lo descrito en esos procedimientos de una manera objetiva.

En el planteamiento que se va a realizar, podemos encontrarnos que no siempre vamos a tener una necesidad de escribir un procedimiento, si la gente que tiene que realizar las actividades a describir las conoce en un buen grado, mientras que será indispensable determinar cómo vamos a gestionar cada uno de los procesos que identifiquemos en nuestra organización.

En la siguiente **tabla 5-6** podemos encontrar las principales diferencias existentes entre ambos elementos y su implicación en la gestión [16].

Con esto no queremos quitar importancia a ninguno de estos dos elementos puesto que se consideran ambos muy importantes en la gestión,

PROCEDIMIENTOS	PROCESOS
Los procedimientos están impulsados por la finalización de tareas	Los procesos están impulsados por la consecución de un resultado deseado
Los procedimientos se implementan	Los procesos se operan y gestionan
Los pasos del procedimiento pueden ser realizados por diferentes personas en diferentes departamentos con diferentes objetivos	Las fases del proceso pueden ser realizadas por diferentes personas pero con los mismos objetivos, los departamentos no importan
Los procedimientos son discontinuos	Los procesos llegan a una conclusión
Los procedimientos se centran en la satisfacción de las normas	Los procesos se centran en la satisfacción de las partes interesadas
Los procedimientos definen la secuencia de pasos para ejecutar una tarea	Los procesos transforman las entradas en salidas mediante el uso de recursos
Los procedimientos están impulsados por personas	Los procesos están impulsados por fuerzas físicas algunas de las cuales pueden ser humanas
Los procedimientos pueden usarse para procesar información	La información se procesa al usar un procedimiento
Los procedimientos existen, son estáticos	Los procesos se comporten, son dinámicos
Los procedimientos hacen que la gente tome medidas y decisiones	Los procesos hacen que ocurran las cosas

Tabla 5-6. Diferencias entre procedimientos y procesos y su implicación en la gestión.

pero dar a entender que la misión de cada uno de ellos es muy diferente y que el mejor partido de ambos se saca compatibilizando el uso de los dos.

Las organizaciones de hoy deben tener un objetivo común: mantenerse en el mercado. Parece fácil a simple vista poder conseguir este objetivo pero si se analiza en profundidad no hay nada más difícil que conseguirlo. Para ello, existe un aspecto fundamental que se debe tener en cuenta, si queremos mantenernos debemos estar al día y eso pasa por mejorar de manera continua nuestra forma de trabajar y con ello nuestros resultados.



Figura 10-6. Mejora

El principal objetivo de una gestión por procesos es este, mejorar continuamente nuestras actividades con el fin último de sobrevivir. De esta forma una gestión ordenada por procesos nos permitirá saber lo que queremos, hacia donde ir y lo que es más importante, conocer de manera objetiva donde nos encontramos.

Los procesos nos permitirán medir las actividades que realizamos de una manera sistematizada y ordenada, sabiendo en todo momento en donde fallamos o en donde es muy difícil que perdamos el tiempo en mejorar por estar sacando la máxima rentabilidad a nuestro trabajo.

El método implica a todo el personal de la organización y le hace partícipe de demostrar que en realidad su trabajo influye en el objetivo final de la organización, permite identificar los problemas derivados de nuestras deficiencias o del mal establecimiento de protocolos y procedimientos.

En definitiva la gestión por procesos es como un “reloj” que en todo momento nos dice la hora en la que nos encontramos, y si vamos a llegar “a tiempo” a nuestra cita o por el contrario será demasiado tarde.

La apertura y puesta en funcionamiento del HSFQ supone una oportunidad importante para la implantación de este nuevo modelo de gestión que permita orientar los servicios de salud hacia los ciudadanos, auténticos protagonistas de la atención que prestará el nuevo centro.

En el modelo de gestión definido para el nuevo hospital, la identificación y elaboración del mapa de procesos se configura como uno de los elementos clave.

El enfoque basado en procesos es un principio de gestión básico y fundamental para la mejora de resultados y con una clara orientación a la calidad.

Según la norma ISO 9000:2000, un proceso es *“un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”* [65].

La propuesta de implantación de la gestión por procesos en HSFQ, aporta a esta organización las siguientes ventajas:

- Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
- Identificar las interrelaciones entre procesos.
- Nombrar personas responsables (líderes) de cada proceso.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
- Centrarse en los recursos y métodos que mejoran los resultados.

La gestión por procesos tiene que emanar de la misión, visión y valores definidos para este nuevo centro, por lo que será una parte fundamental de la cultura del nuevo centro asistencial, estando en consonancia con los lineamientos que plantean las autoridades sanitarias”.

Los criterios y procedimientos seguidos se adaptarán a los requisitos planteados por el IESS (Joint Commission Internacional, International Society for Quality (ISQua); Internacional Organization for Standardization –ISO–, Manual de Acreditación para Hospitales de Latinoamérica y el Caribe –OPS/OMS,...) [66].

- **GESTIÓN POR PROCESOS:** entendidos como la “secuencia de actividades en las que intervienen personas, espacios y medios, que organizados de forma lógica y planificada nos llevan a conseguir el resultado deseado”.
 - Los Procesos asistenciales son el núcleo central de la actividad, en torno a ellos giran todos los demás, y el resultado final deseado es la satisfacción de nuestros usuarios con máximos niveles de calidad y eficiencia. El resto de los Procesos están orientados a la gestión óptima del Hospital y sus recursos.
- **ORGANIZACIÓN FLEXIBLE Y HORIZONTAL,** basada en equipos de trabajo, Dirección por Objetivos y Competencias.

Tabla 6-6. Gestión por procesos.

6.3.1. MAPA DE PROCESOS

El desarrollo o realización de un mapa de procesos tiene como objetivo fundamental realizar una correcta: **IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS EN UNA ORGANIZACIÓN”** [56]

Una vez descrito de manera genérica lo que pretendemos a la hora de gestionar por procesos, así como las principales ideas de lo que entenderemos por la gestión por procesos, deberíamos situarnos en una posición concreta en lo que se refiere a nuestra organización.

En principio, a la hora de definir de manera inicial los procesos, va a importar el tamaño de la organización a analizar, así como la cantidad de actividades que tenga capacidad de realizar, y según experiencia y otros factores, describiremos las sistemáticas más comunes de este tipo de organización. Es cierto que la casuística que nos podemos encontrar es muy amplia, pero será objetivo intentar eliminar el mayor número de barreras de este tipo para un buen entendimiento del mismo, sin que tanto la complejidad y el tamaño, influyan demasiado en la decisión de aumentar o disminuir el número de procesos, así como la gestión de las actividades que componen cada uno de estos procesos.

El primer paso que debemos llevar a cabo para poder gestionar perfectamente los procesos es identificar los mismos.

Las organizaciones se basan en desarrollar actividades, las cuales se agrupan en procesos, los cuales interactúan entre sí, como si de engranajes se tratara, para hacer funcionar las organizaciones, sin dejarse llevar por la inercia.

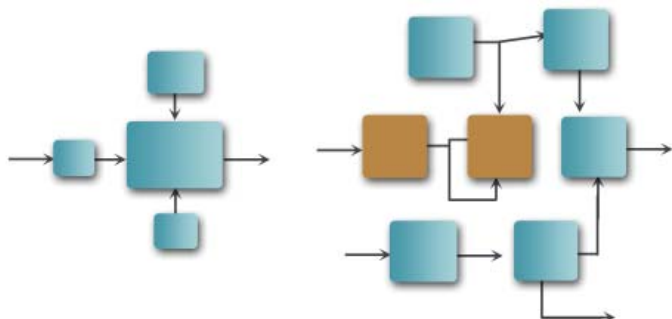


Figura 11-6. Esquemas Mapas de Procesos.

La identificación de actividades puede parecer un hecho fácil, pero no lo es. Podemos comprobarlo viendo la cantidad de cosas que se deben hacer en las organizaciones y por falta de definición no se hacen o se hacen mal, por lo que no está tan clara su definición e identificación.

Además, tendemos a definir como actividades de las organizaciones, aquello implicado directamente con las entradas reales de dinero o facturables dejándose la mayor parte de estas actividades fuera del control ordenado de la gestión.



Figura 12-6. Identificación de actividades.

Es así, por ejemplo si preguntamos cuales son las actividades de un laboratorio de análisis clínicos, la mayoría del personal del laboratorio nos dirá que “pinchar”, identificar las muestras, calibrar los analizadores, meter datos demográficos, cambiar los reactivos, etc... pero será poca la gente que cite las actividades de inspeccionar pedidos, informar a pacientes y médicos, hacer mantenimientos de equipos e infraestructuras, tomar datos de gestión, gestionar la formación del personal, inspeccionar las zonas de almacenamiento, etc.. y otras muchas actividades no relacionadas directamente con la realización de los análisis clínicos [14].

Es decir, lo que se pretende es que todas las cosas que se realizan en una organización queden perfectamente identificadas. Lo ideal debería ser que fuéramos capaces de identificar las actividades hasta el mínimo nivel que se pueda, con el fin de que los límites de los procesos puedan quedar perfectamente definidos.

Una manera útil de saber qué se hace en nuestra organización puede ser la elaboración de un organigrama del que podamos extraer posteriormente lo que hace cada elemento personal o departamental de la organización, y vamos a poder comprobar cuantas actividades quedan indefinidas.

Es posible que cuando acabemos este ejercicio, nos encontremos en que según el tipo de organización, el número de actividades se encuentre entre n y $n + \infty$, pero habremos acertado en la gran mayoría a la hora de identificarlas para el paso que viene.

Una vez que por áreas, departamentos, funciones, es decir, como queramos, hemos sido capaces de identificar todas nuestras actividades, lo siguiente es definir cómo vamos a querer gestionar las mismas; qué procesos vamos a definir.

Ante esto debemos tener en cuenta una serie de criterios, que deban facilitarnos la gestión de los posteriores procesos:

- ▶ No debemos incluir un elevado número de actividades en un solo proceso, ya que la información que posteriormente nos dará el mismo será excesiva y difícil de procesar.



Figura 13-6. Esquema ejemplos de tipos de procesos.

- ▶ No debemos incluir un pequeño número de actividades en cada proceso porque al final tendremos excesivo número de procesos, los cuales uno a uno serán fáciles de controlar pero en su totalidad daría problemas.
- ▶ No es conveniente implicar un gran número de departamentos en cada proceso, máxime cuando la responsabilidad del mismo pueda recaer en más de una persona de mismo nivel jerárquico, debido a que las discrepancias pueden frenar la gestión.
- ▶ La responsabilidad de gestión de los procesos, aunque deberá ser definida, no se debe caer en el error de que esto sea entendido como que otras personas no son responsables de su implicación. Todo el mundo está dentro.

Teniendo en cuenta estas directrices, es hora de definir nuestros procesos. Tal y como hemos expuesto en los apartados anteriores, respecto a la definición de los procesos, debe quedar claro que el siguiente paso es agrupar un número de actividades, a las cuales las vamos a bautizar con un nombre que las agrupará y coordinará. P.e. : extracción, , identificación, introducción de datos, preparación, recepción de muestras y volantes,... hasta envía a áreas = PROCESO PREANALÍTICO; o por ejemplo, petición de HHCC, preparación, entrega, devolución, inspección y

archivo = PROCESO DE GESTIÓN DE HHCC.

Siguiendo este camino, se podría llegar a la situación de que nuestra organización se reflejara perfectamente en la foto que a continuación se expone en lo que podríamos denominar “MAPA DE PROCESOS”

Lo primero que vamos a explicar es cómo podemos interpretar y traducir lo que pretendemos decir con estos tipos diferentes de procesos (Ver **Figura 13-6**) [67].

En las organizaciones siempre suelen existir actividades referentes a la planificación a medio largo plazo, con el objetivo de planificar lo que queremos conseguir y de qué manera vamos a actuar para su consecución.

A este tipo de procesos que engloban este tipo de actividades podemos denominarlos “procesos estratégicos” [67], y nos podemos encontrar algunos como: Proceso de Revisión del sistema de gestión, Proceso de establecimiento de políticas, Procesos de establecimiento de objetivos, etc, es decir, todos aquellos procesos que incluyan las actividades que podríamos incluir dentro de la letra P del ciclo de Deming P-D-C-A (**Figura 14-6**).

Ahora comentaremos los “procesos de soporte” [67]. En ellos vamos a identificar aquellas activi-



Figura 14-6. Esquema ejemplos de procesos. Procesos estratégicos.



Figura 15-6. Esquema ejemplos de procesos. Procesos de apoyo



Figura 16-6. Esquema ejemplos de procesos. Procesos de mejora.



Figura 17-6. Esquema ejemplos de procesos. Procesos operativos o clave.

dades, que si bien, no son parte de la actividad principal de la organización, son necesarios e imprescindibles para la buena gestión y desarrollo de la empresa.

Dentro de este tipo de procesos podemos incluir por ejemplo, los llamados servicios generales de los centros hospitalarios (mantenimiento, control de equipos, compras, almacenes, hostelería, etc...), u otros como control de documentación, Gestión de propiedades del cliente, limpiezas, lavandería, etc. (Figura 15-6).

A continuación tenemos los “procesos de me-

dición”, que nos van a dar información de cómo se están desarrollando el resto de procesos de la empresa. Aquí podemos encontrar procesos del tipo de: proceso de auditoría interna, proceso de análisis de datos, proceso de inspección y control, proceso de satisfacción del cliente, etc. (Figura 16-6).

Por último, nos encontramos los procesos relacionados con la propia actividad de la organización, “procesos asistenciales”. Tan simple como lo que hacemos y lo que supone el producto o servicio de nuestra empresa (Figura 17-6).

Si nos encontramos en empresas sanitarias más o menos especializadas en un tipo de servicio, la identificación de los procesos suele ser tan sencillo como agrupar las actividades que se desarrollan según un flujo, para posteriormente agruparlas en procesos.

Por ejemplo, un centro médico que solo se dedique a las consultas externas, tendrá identificados sus procesos asistenciales de una manera sencilla:

Sin embargo, si nos encontramos un centro en el que los servicios a aplicar sean varios o multidisciplinarios, la correlación será diferente, puesto que no seguirá un flujo continuo de actividades en las que unas no se den hasta que acaben otras.

Este problema relacionado con la ordenación de los procesos en función del número que tengamos y de su ejecución en el tiempo, es lo que debemos solucionar mediante el establecimiento de las interacciones entre los mismos.

La finalidad de los pasos descritos en relación con la identificación en interacción de los procesos, es poder tener una visión global de lo que hace nuestra organización, y con la posterior intención de establecer sistemáticas que nos midan aquello que hemos identificado como procesos.

Por último, no debemos dejar escapar un detalle fundamental de nuestro primer mapa de procesos: Tanto el inicio como el final son el CLIENTE, es decir, todo lo que hacemos lo hacemos por nuestros clientes.

En él recogemos no sólo las actividades de carácter asistencial sino aquellas otras que nos van a ayudar a que las actividades analíticas, asistenciales o principales se gestionen de manera correcta.

Si observamos, la mayoría de los procesos definidos no son los relacionados directamente con la actividad propia de la organización, existiendo otros muchos relacionados con el control, gestión de suministros, competencia del personal, actividades de planificación estratégica, mantenimiento de infraestructura, etc.

Es sobre este tipo de actividades en las que que-

remos hacer especial hincapié. Su gestión debe ser tenida en cuenta de una manera fundamental ya que, en muchas ocasiones, son tan importantes como las propias de la actividad principal de la organización.

6.3.2. DESARROLLO DOCUMENTAL DE LOS PROCESOS

Una vez que hemos identificado los procesos de nuestra organización y hemos conseguido establecer el entramado perfecto y colocación en la red de lo que es nuestra empresa, debemos hacer un seguimiento y medición de los mismos con el fin de demostrar mediante datos objetivos el buen hacer que llevamos a cabo en todas nuestras actividades.

A modo de ejemplo este aspecto lo vamos a tratar a partir de un esquema, el cual se ha considerado óptimo para su entendimiento, si bien no debe ser tomado como el único o el mejor, puesto que como hemos dicho a lo largo de todo el módulo, el mejor sistema de gestión (incluyendo sus herramientas) es aquél que sirve en una organización y que puede que el mismo no sea útil en otra similar [68].

El esquema a seguir por cada proceso nos lleva a definir en cada caso como mínimo la información relativa a [21] (Tabla 7-6).

El resultado de este punto es que cada uno de los procesos identificados en el mapa de procesos, deberá desarrollar e implantar este modelo, con el fin de llegar a documentar todos los procesos incluidos en el Mapa de Procesos del HSFQ.

Siguiendo cada uno de los procesos incluidos en el Mapa de Procesos del HSFQ, hay que concluir en que el desarrollo e implantación de cada uno de ellos, llevará consigo la implantación de dispositivos y aspectos de la gestión sanitaria más actual y vanguardista. A modo de ejemplo:

- **Proceso de Admisión:** El resultado deberá ser la creación de un servicio de admisión que atienda y gestione las agendas y listas de espera de los recursos sanitarios del HSFQ: Consultas, Hospitalización y cirugía. A través de la organización y gestión de las listas de espera en las diferentes especialidades y pro-

TÍTULO	DESCRIPCIÓN
MISIÓN DEL PROCESO	En este campo se pretende que se describa cuáles son los objetivos fundamentales y genéricos del proceso que se vaya a definir. Qué es lo que queremos conseguir con la gestión de las actividades incluidas en el proceso.
ALCANCE DEL PROCESO	Debemos definir perfectamente para que no haya equívocos entre los diferentes procesos cuando empiezan y terminan, es decir, su alcance. Si se definen perfectamente estos límites, vamos a eliminar uno de los problemas que se suelen dar dentro de las organizaciones respecto a quién aplican las diferentes responsabilidades. De esta manera se evitará la indefinición de tareas, responsabilidades, etc...
ENTRADAS DEL PROCESO	Como hemos visto anteriormente en la definición de "proceso", necesitamos unos elementos de entrada que serán los procesados para dar lugar a unos resultados. Se trata de definir cuáles van a ser en concreto estos elementos de entrada de cada uno de los procesos para saber de dónde nos vienen nuestros inputs.
SALIDAS DEL PROCESO	De la misma manera, las anteriores entradas, una vez procesadas, van a originar unos elementos de salida, los cuales también definiremos.
RESPONSABLES DEL PROCESO	La gestión por procesos no es solo cosa de uno, sino de toda la organización, lo que pretendemos es poder definir cuáles son en todo caso las responsabilidades y funciones del personal implicado en la gestión de cada uno de los procesos.
DOCUMENTACIÓN APLICABLE	Asignado a cada actividad o proceso nos encontraremos con ciertos documentos, información escrita o en otro soporte, legislación, protocolos, etc... de aplicación a las mismas. Este tipo de documentación es necesario que se tenga en cuenta, ya que en caso de dudas será necesario acceder a ella y tenerla localizada es imprescindible.
REGISTROS DEL PROCESO	Serán las evidencias de que lo que decimos que hacemos lo estamos haciendo. De igual manera las posteriores sistemáticas de medición de los procesos que estableceremos basarán su análisis en los datos que quedaran plasmados en los registros. Se pretenderá definir que "papeles" o registros en cualquier tipo de soporte serán los que estén relacionados con cada uno de los procesos.
INDICADORES DEL PROCESO	Se definirán cuáles serán los datos que tendremos que analizar en cada uno de los procesos para medir la capacidad de los mismos. Antes hemos basado la buena gestión en la medición objetiva de cada una de las actividades que hagamos, pues bien, está será la herramienta directa de medición de las actividades, que en su conjunto nos darán la medición de los procesos y del laboratorio en global.
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	Describiremos en este apartado, ya sea mediante procedimientos o por medios gráficos (diagramas de flujo), las sistemáticas o actividades que compondrán cada uno de los diferentes procesos. Se debería dejar constancia de manera inequívoca, cuáles serán las fases por las cuales se pasarán en cada uno de los procesos, coincidiendo en todos los casos el inicio y el final con las entradas y salidas del proceso, respectivamente

Tabla 7-6. Elementos de un proceso.

cesos asistenciales del HSFQ-

- **Proceso de Voz del Usuario:** Generará la creación del Servicio de Atención al Usuario, desde donde se gestionarán todas las necesidades e inquietudes de los usuarios. A través de este servicio, se implantarán los procesos relacionados con la gestión de reclamaciones y de obtención del grado de satisfacción de los usuarios, en relación a su percepción del servicio recibido en el HSFQ.
- **Proceso de Gestión del Liderazgo:** En el seno de este proceso, se desarrollarán las sistemáticas relativas a la implantación del Acuerdo

de Gestión entre el HSFQ y el IESS, el desarrollo de objetivos en los niveles definidos y el seguimiento estratégico de todas las actividades del HSFQ.

Al igual que los ejemplos descritos anteriormente, el resto de procesos darán como resultado el diseño, desarrollo e implantación de herramientas innovadoras de gestión en el HSFQ. Estas actividades quedarán perfectamente definidas, concretadas y ejecutadas en los documentos generados en cada uno de los procesos identificados en el mapa de procesos del HSFQ.

RECORDEMOS
1. Nuestra organización está formada por un número infinito de actividades que nosotros hemos organizado
2. Esta organización la hemos desarrollado eligiendo criterios que nos unifican dichas actividades.
3. Esta unificación de actividades por criterios nos ha hecho crear e identificar procesos.
4. Hemos organizado cada uno de nuestros procesos documentándolos y dándoles "cuerpo"
5. Nos falta demostrar su capacidad: MEDIRLOS

Tabla 8-6. Resumen y repaso.

TERMINOLOGÍA
Conceptos Generales
Medida: <ul style="list-style-type: none"> • Expresión del resultado de una medición.
Medición: <ul style="list-style-type: none"> • Acción y efecto de medir, de comparar una cantidad con su respectiva unidad con el fin de averiguar cuantas veces la segunda está contenida en la primera.
Indicador: <ul style="list-style-type: none"> • Datos o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de proceso o de una actividad.
Criterio <ul style="list-style-type: none"> • Norma para conocer la verdad juicio o discernimiento.

Tabla 9-6. Definiciones proceso. [69]

6.3.3. SISTEMAS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS: CUADROS DE MANDO DE PROCESOS

De los puntos observados anteriormente, el que nos va a dar la "hora" del reloj de nuestra organización serán los indicadores. El esfuerzo que debemos realizar en este aspecto es importante, pero tenemos que conseguir saber cómo hacemos y de qué manera todas las actividades de nuestra empresa.

Sabemos con cuantos y cuales procesos contamos, hemos desarrollado cómo queremos que funcionen, y de qué manera deben ser puestos en práctica, pero todo este trabajo, sin las mediciones correspondientes no nos dirá nada (**Tabla 8-6 y 9-6**).

Debemos hacer realidad el lema descrito en la **Figura 18-6**

LA TOMA DE DECISIONES, BASADAS EN HECHOS Y DATOS



Figura 18-6. *Medir las medidas.*

Esto en resumen, es el uso de datos.

Esta información en la gestión por procesos se consigue, normalmente a través de “Indicadores” [70].

Un indicador debe estar formado al menos de algunos elementos que eviten diferencias de interpretación. Se debería definir qué es lo que queremos medir (tiempo de espera en la sala antes de entrar a la consulta), de qué manera se va a medir (p.e. el 100% de los pacientes; o por el contrario por muestreo, teniendo en cuenta horarios, etc.), quién debe medirlo, con qué periodicidad, y qué criterio me debe orientar para saber si estoy haciendo las cosas como quiero o no (p.e. que no se espere más de 5 minutos en el 90% de los pacientes). Luego podremos añadir todos los elementos necesarios para evitar interpretaciones, con el fin de que los datos obtenidos sean objetivos y fiables.

Una duda que se nos planteará es ¿qué número de indicadores es el idóneo en mi empresa o por cada uno de mis procesos?. Pues bien, como en casi todos las herramientas la solución depende de la organización y de la situación y del momento. El número de indicadores idóneo es aquel que sea capaz de demostrar la capacidad del proceso

que están midiendo. Esto nos lleva a pensar que no todas las organizaciones y todos los procesos van a tener el mismo número de indicadores, porque además, no todas se gestionarán de la misma manera [71].

A la hora de elegir indicadores deberíamos tener en cuenta aspectos como [72]:

- La capacidad de las empresas se demuestra midiéndola.
- El número de indicadores no es el que queramos, es el que demuestre lo bien o mal que hacemos las cosas.
- Los indicadores unas veces nos interesan medirlos y otras veces debemos medirlos para saber si cumplimos los requisitos de la organización (clientes, legales, etc.)
- Los indicadores, en ocasiones, no deben dejar de medirse aunque siempre salgan en los valores que queremos.
- Los indicadores son elementos de nuestra gestión, vivos y variables; lo que nos debe llevar a quitar, poner o modificar todo aquello que sea más o menos útil para nuestros objetivos.
- Un indicador nunca es bueno a malo, y la información que nos da es útil o no hasta que

ADECUACIÓN	Entendida para dar respuesta a necesidades de salud de la población del área de influencia.
SEGURIDAD	Potenciando el término de "seguridad del paciente", de manera que las prestaciones de los servicios garantice su seguridad, porque se dispone de todos los medios necesarios para realizar la prestación.
ACCESIBILIDAD	Como un objetivo de mejora de la atención al paciente, acercándole la prestación de los servicios, con el fin de evitarle desplazamientos potencialmente innecesarios.
CALIDAD TÉCNICA	Basada en la experiencia y capacitación técnica de los Especialistas médicos que llevan a cabo la prestación del servicio.
EFICIENCIA	Considerada en términos del modelo organizativo diseñado para la prestación del servicio.
RENTABILIDAD	En condiciones favorables para el IESS derivados desde la prestación de la atención asistencial (pago per cápita, coste por proceso,...)

Tabla 10-6. Aspectos de revisión del Plan de Gestión.

no se ha medido.

- Los indicadores son una medida objetiva de nuestras actividades.

Una organización debe contar al final con un conjunto de datos o indicadores suficientes para conseguir lo que establece la UNE EN ISO 9001 [56], “demostrar la capacidad de sus procesos”; o como establece el modelo EFQM [57], “sus resultados en las personas, en los clientes y sus resultados clave”.

El poder eliminar opiniones como el “bien” o el “mal” es fundamental en organizaciones excelentes, puesto que los márgenes de maniobras y la toma de decisiones, a partir de este momento se transforman y se condicionan exclusivamente a la comparación de fuentes, datos e indicadores que nos dan información y la situación del entorno en ese momento dado.

Situaciones aparentemente diferentes por el entorno, que nos dan similares resultados en la medición de indicadores, pueden hacernos tomar decisiones muy dispares y diferentes. En estos casos y con un sistema de indicadores bien implantado, es donde entra la habilidad del gestor para acertar de la mejor manera en las decisiones tomadas.

6.4. EL PLAN DE GESTIÓN Y ACUERDO DE GESTIÓN

El Plan de Gestión y Acuerdo de Gestión, son dos de las herramientas incluidas en el modelo de gestión propuesto en el proyecto de “Apoyo a la Gestión del HSFQ”, las cuales están íntimamente ligadas entre sí.

Estas dos herramientas, junto con el resto de herramientas del modelo, tienen como objetivo principal establecer una relación entre lo que el hospital está “produciendo”, ver lo que podría “producir” con los recursos disponibles, y gestionar una mejora y más eficiente “producción” a través de las personas, mediante mecanismos de incentivación y mejora continua.

Plan de Gestión

Con anterioridad a la puesta en marcha del HSFQ, y al igual que con otras herramientas de gestión, se tenía que desarrollar un Plan de Gestión del HSFQ previo, con el fin de una vez puesto en marcha el hospital adecuarla a las necesidades reales [73].

El objetivo de esta herramienta de gestión, en el seno del modelo de gestión propuesto, incluye esta herramienta, como elemento que debe ayudar al HSFQ a calcular y conocer la máxima

capacidad productiva de actividad asistencial del HSFQ en cada periodo de tiempo, normalmente con carácter anual, con el fin de que luego, tras el desarrollo de una Acuerdo de Gestión, el HSFQ pudiera conocer y tener claros sus objetivos de gestión, en el periodo acordado.

Este cálculo de máxima capacidad productiva del HSFQ, tiene como principal característica, el establecer una serie de variables, bajo las cuales se debe realizar este cálculo. El documento desarrollado con anterioridad a la puesta en marcha del HSFQ, de manera lógica, mostraba unos cálculos, basados en un funcionamiento teórico o pretendido del HSFQ [74].

Una vez que estuviera operando en su totalidad el HSFQ, había que proceder al análisis de este documento y a su revisión, utilizando las variables reales de funcionamiento.

Este cálculo que debía realizarse a través del establecimiento de una serie de variables y referencias, y debían ser concertadas y concretadas con los profesionales asistenciales del centro, en los primeros meses del proyecto.

Este documento, o Plan de Gestión, debía servir de base para la realización a posteriori del Acuerdo de Gestión coherente entre las diferentes partes interesadas de la institución.

Existen aspectos que la dirección del hospital debía tener en cuenta a la hora de realizar el seguimiento del Plan de Gestión. Por ejemplo, la dinámica de un centro hospitalario, hace que se produzcan modificaciones en las variables utilizadas para realizar los cálculos y por consiguiente pueden afectar en mayor o menor medida a los cálculos realizados.

Una vez realizados los cálculos en base a estas variables, estos cálculos debían ser contrastados con los datos obtenidos de los indicadores de procesos, y a través de esta comparativa continuar la implantación y desarrollo del Acuerdo de Gestión.

Desde el Equipo Directivo Asesor queríamos plantear que esta herramienta se gestionara en su día a día desde la Coordinación de Admisión, puesto que es esta figura la que mayor control

tiene sobre los aspectos productivos del centro.

Si buscamos un porqué del desarrollo de estas herramientas, se consideró en los orígenes del proyecto, que la integración del Hospital “San Francisco de Quito” en la red de salud, tenía como objetivo que fuera determinada por una coordinación directa con el Hospital “Carlos Andrade Marín”, y por otro lado, con otros hospitales de tercer nivel que integran la red externa de proveedores y, además, con las diferentes Unidades Médicas internas y externas de menor nivel de complejidad.

Continuando con la cartera de servicios inicial, y en modo de especialidades, áreas y departamentos, establecida por el IESS para el HSFQ, se preveía potenciar las áreas ambulatorias de manera que se incrementara la alta resolución (establecimiento del diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible), sustentando la revisión del Plan Funcional en los siguientes principios básicos:

La adecuación de las mejoras de la cartera de servicios a proveer en las instalaciones del nuevo Hospital de San Francisco de Quito, está íntimamente relacionado con las características socio-demográficas de la población a atender, así como sus necesidades de salud:

- Tasa de fecundidad
- Esperanza de vida al nacer
- Causas de discapacidad y mortalidad
- Enfermedades pediátricas y causas de mortalidad infantil, tasa de prematuros,...
- Prevalencia e incidencia de patologías

Uno de los pilares principales del proceso de modernización y mejora de la calidad y eficiencia de los servicios del Hospital San Francisco de Quito será el establecimiento de acuerdo de gestión tanto entre el Hospital y la autoridad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), como dentro de la propia institución entre el equipo directivo y cada uno de los servicios y unidades del centro.

En el marco descrito, el Acuerdo de Gestión debe representar un potente instrumento para la política de salud, al permitir establecer un nexo estrecho de unión entre el financiamiento de las

Redes Asistenciales y la consecución de los objetivos de atención a la salud de la población asegurada [75]. Dichos objetivos son los establecidos como tales por la Autoridad en Salud a través del Plan Integral de Salud. El citado Plan Integral de salud constituye un marco explícito para orientar todas las acciones de los servicios de salud hacia la resolución de los problemas de salud y hacia la mejora de los servicios. Desde esta perspectiva, el Plan o estrategia de salud ha de ensanchar su marco tradicional y establecer prioridades, combinando los dos tipos de objetivos: de salud y de servicio (grado de satisfacción con la atención recibida o los tiempos de espera) [76].

El diseño e implementación integral del Plan debía ser coherente con las necesidades de la población y en su elaboración deben participar todos los agentes y grupos de interés. Incluirá acciones y metas bien definidas con plazos concretos, para los distintos niveles de gestión de los servicios de salud del IESS.

Para conseguir alinear el Acuerdo de Gestión del HSFQ al Plan Integral de Salud a través de unos objetivos coherentes, había antes que desarrollar el Plan de Gestión del HSFQ en el cual pudiéramos conocer cuál era la máxima capacidad productiva del HSFQ.

El instrumento de planificación de la salud del IESS-- Plan de Salud – Plan de Gestión -- Acuerdo de Gestión con el Hospital San Francisco de Quito -- deben ser coherentes entre ellos, para que estos últimos ejerzan el papel de vehículos de transmisión de la estrategia de salud de aquéllos, al tiempo que permiten medir la eficacia en la prestación de servicios y la asignación y evaluación de los recursos utilizados. De este modo, el Acuerdo de Gestión contribuirá a dirigir la actividad de las instituciones de salud hacia aquellos servicios con mayor eficiencia.

Esta herramienta permitirá, primar con mayor financiación la realización de determinadas actividades de demostrado coste-efectividad y que presentan mejores resultados en términos de salud. Además, impulsará aquellas otras que incrementan la calidad percibida por el asegurado, en detrimento de otras.

Con el fin de poder desarrollar de manera lógica y adecuada el posterior Acuerdo de Gestión, era fundamental tener en cuenta una serie de elementos en este sentido.

Por un lado debíamos conocer, tal y como hemos comentado y comentaremos en este trabajo, la Cartera de servicios real del HSFQ.

La determinación de la cartera de servicios de las redes y de los centros debería ser una competencia de los Servicios Centrales del IESS. Esto significa que ninguna institución de salud, incluido el propio Hospital San Francisco, podría modificar ningún elemento de su cartera de servicios sin autorización previa de los Servicios Centrales del IESS. Este sería el modo de garantizar una utilización adecuada de los recursos y una atención de calidad, con el fin de controlar los Planes de Gestión a desarrollar y a posteriori los Acuerdos de Gestión.

La cartera de servicios tanto del centro como de su red debe ser complementaria y establecerse en virtud de las necesidades de salud de la población y de los criterios demostrados a través de estudios de coste efectividad.

Hay que considerar que en el sistema de salud ecuatoriano existen tres agentes aseguradores principales:

- ▶ Ministerio de Salud.
- ▶ IESS
- ▶ Aseguramiento privado.

Como criterio general se deberían de aprovechar al máximo los recursos existentes, independientemente de su dependencia patrimonial. De este modo se evitarían duplicidades, solapamientos y se favorecería una planificación racional de la oferta y una mejora en la utilización de los recursos destinados a atender las necesidades de salud de los ciudadanos. Entre el Ministerio de Salud y el IESS existe en la actualidad una política de acuerdos, concertaciones, construcción y planificación de nuevos centros allá donde mayores necesidades se plantean, que ha de potenciar la eficacia y la eficiencia de ambas Instituciones. Del mismo modo, determinados centros cuya actividad es mínima y cuyo costo es muy elevado, podrían refundirse con otros ya existentes de di-

ferente titularidad patrimonial.

Por diversos motivos resultaría imprescindible para el IESS:

- La definición de una cartera de servicios básica para la Red del Hospital San Francisco y para cada uno de los centros que la componen (puesto, centro de salud, policlínico, hospital de primer nivel, segundo y referencia).
- Como mínimo, se debería incluir en su cartera de servicios:
 - La población asignada, diferenciada por tramos de edad y sexo, con el fin de poder planificar y calcular los indicadores ajustados de aseguramiento.
 - El inventario de los diferentes tipos de Centros Asistenciales que integran la red, incluido el Hospital San Francisco
 - Estructura física (número de locales de consulta, quirófanos, camas, equipos).
 - Recursos Humanos.
 - Programas.
 - Especialidades.

La actividad contenida en un primer momento en el Plan de Gestión y más tarde en el desarrollo y negociación del Acuerdo de Gestión, debería ser aquella de carácter asistencial (que incluiría la correspondiente a las actuaciones de prevención primaria y de promoción de la salud), pero también la docencia y la investigación, así como aquellas actividades de los procesos no asistenciales, con el fin de ligar todas las herramientas de gestión, desde la gestión por procesos, hasta el sistema de incentivos.

La actividad asistencial debía fijarse bajo el criterio de que existiera una relación directa entre los lineamientos del IESS y los objetivos de actividad asistencial. Para simplificar al máximo el Plan de Gestión y Acuerdo de Gestión, los lineamientos de política institucional y prestacional deberían estar relacionados en cascada con una determinada línea estratégica y con una línea concreta de gestión prestacional (objetivos estratégicos).

En el desarrollo del Acuerdo de gestión, el Plan de Gestión debía incluir de manera sencilla pero acertada el cálculo de la capacidad máxima teórica del HSFQ.

Una vez establecidos los medios con los que cuenta el Hospital San Francisco y los centros de su red para llevar a cabo su actividad, resulta imprescindible cuantificar la actividad que podrían llevar a cabo si utilizaran de manera óptima todos los medios y recursos disponibles con los que cuenta. De este modo, se podía efectuar un balance entre la actividad actual y la idónea. Por citar un ejemplo, se detalla el número de ingresos y estancias que podrían generar los pacientes internados en el hospital San Francisco que cuenta con 128 camas. Las estancias de ese hospital en el supuesto de ocupación máxima serían:

$$128 \text{ camas} \times 365 \text{ días} = 46.720 \text{ estancias.}$$

Sin embargo, la **fórmula de Bridgeman 77** determina que el porcentaje de ocupación de un centro con hospitalización resulta directamente proporcional al número de camas. Esta fórmula se expresa del modo siguiente:

$$\% \text{ Ocupación} = (\text{N}^\circ \text{ camas} \times 100) / [(\text{N}^\circ \text{ camas} + 3 \times \sqrt{\text{N}^\circ \text{ camas}})]$$

Por tanto un hospital de 128 camas tendría una ocupación teórica del 80% y unas estancias máximas de 37.376 estancias.

Este hecho se debe a varios motivos: intervalo de sustitución menor a medida que se reduce la complejidad de la patología (si un paciente con patología muy compleja permanece hospitalizado los 365 días del año, la ocupación es mayor que si 365 pacientes permanecen ingresados un día, debido a la reducción de las pérdidas de tiempo que se generan en el segundo caso, entre la salida de un enfermo y la entrada de otro), mayor impacto del bloqueo de camas (por cuestiones varias: imposibilidad de mezclar hombres con mujeres, aislamiento de pacientes por enfermedad infecciosa, riesgo de infección nosocomial, o estadio terminal....) dado que no es lo mismo el impacto que origina prescindir de una cama en un hospital con 60, 100 o 180 camas que en un centro con 300. A partir de esta cifra la ocupación se sitúa en el 80%. Por encima de estas cifras se pueden alcanzar mayores porcentajes de ocupación si las habitaciones son individuales.

Para el cálculo de los ingresos máximos que se podrían realizar en este hospital de 128 camas

se requiere determinar el promedio de estancia idóneo o medio de los hospitales similares. Si consideramos que debe ser de 4 días los ingresos resultantes serían: Las estancias máximas (37.376 para un hospital de 128 camas) dividido por la estancia promedio ideal para un hospital de estas características (4 días) = 9.344 ingresos.

Exactamente igual que con las camas se calcularía para cada uno de los recursos en función del número de locales, recursos humanos para cubrir la actividad, días hábiles al año, jornada laboral, tiempos medios para cada actividad asistencial y carácter docente del centro (las instituciones que realizan docencia precisan de mayores tiempos en el pregrado y primeros años del internado y cuentan con mayores medios entrenados los últimos años de formación de los especialistas).

Todos estos cálculos se realizaron en el transcurso del proyecto, para las variables que se acordaron con los profesionales del HSFQ, y se pueden ver en el apartado de “resultados” del presente trabajo.

Acuerdo de gestión

De la misma manera que se describe con el Plan de Gestión, se debía desarrollar un Acuerdo de Gestión teórico antes de la apertura del HSFQ que incluyera la información y objetivos a conseguir basados en el Plan de Gestión desarrollado también antes de la puesta en marcha del HSFQ.

Una vez que, tras la apertura y funcionamiento del HSFQ, se demostró que eran necesarias ciertas modificaciones del Plan de Gestión, en consecuencia, el Acuerdo de Gestión también debía ser modificado ya adaptado

El Acuerdo de Gestión es la herramienta que permite establecer los objetivos que debe cumplir con carácter anual el HSFQ, en relación a las directrices o negociaciones con las instancias superiores del IESS, y como marco de referencia interna para la gestión de las áreas y unidades [78].

Este debía estar en consonancia con el Plan de Gestión, Cuadros de Mando de Procesos y Plan Estratégico, siendo herramientas totalmente complementarias unas de otras.

Una vez que se hubiera desarrollado el Plan de Gestión, había que realizar, por parte del Equipo Directivo Asesor, una propuesta de sistemática de Acuerdo de Gestión que pudiera ser integrada en el HSFQ y en el IESS, así como un formato y estructura determinada para su cumplimentación y desarrollo.

Para la implantación de estas herramientas, era imprescindible e importante la implantación de los Cuadros de Mando de Procesos, y la obtención de datos, que nos permita establecer con coherencia los objetivos a incluir en el Acuerdo de Gestión. Un Acuerdo de Gestión, basado en un cuadro de mando, debe establecer objetivos competitivos que permitan demostrar una mejora en la gestión del HSFQ, pero que a su vez sean coherentes y alcanzables. Entendemos que la única forma de plantear objetivos con estas características, en el marco de un “Acuerdo de gestión”, es contando con un histórico de datos e información objetiva, que permitiera su análisis, planteamiento y desarrollo estratégico.

Estas herramientas de gestión, no sólo implicaban el ámbito del HSFQ, sino que debían ser herramientas fundamentales en la coordinación, control y gestión que el IESS como institución, puede hacer de todas sus unidades médicas y centros hospitalarios.

Estas herramientas permitirían una mayor flexibilidad, descentralización y autonomía en la gestión de cada unidad médica, obteniendo además, una mejor y más eficiente herramienta de control de las propias unidades médicas.

En la decisión de implantación y continuidad de esta herramienta de gestión, tiene un mayor impacto la opinión de las altas instancias del IESS. Desde el Equipo Directivo Asesor se analizó que era perfectamente viable su implantación, si bien, en la situación actual hacía muy difícil su relación con un sistema de incentivos económicos, pero si existía la posibilidad de utilizar otro tipo de incentivos.

El desarrollo de un Acuerdo de Gestión tenía unos objetivos muy claros a perseguir.

Por un lado y de manera general, se facilitaba el desarrollo e implantación del Acuerdo de Ges-

ción entre el IESS y el Hospital San Francisco y entre este y sus servicios y unidades, mediante la elaboración de un modelo que sirviera para la asignación de los presupuestos al Hospital San Francisco, en base a los objetivos de actividad y calidad pactados con la institución, y de la misma manera, permitiera una evaluación del grado de cumplimiento alcanzado.

Por otro lado y de manera más específica, se conseguirían varias cuestiones con el desarrollo del Acuerdo de Gestión:

- Establecer un marco de relación que permita dirigir las acciones del IESS y del Hospital hacia la resolución de los problemas de salud de la población y hacia la mejora de los servicios.
- Dotar al presupuesto de toda su capacidad como herramienta de gestión, financiando al centro y a su red en función de la actividad que realiza en lugar de primar su gasto histórico.
- Trasparentar las bases de la negociación presupuestaria entre el IESS, las Red Asistencial y el Hospital San Francisco de Quito.
- Evaluar la eficiencia del centro y de su red con criterios objetivos.
- Establecer un sistema de información clínico económico y un cuadro de mandos integral que permita el seguimiento y evaluación de la actividad y del gasto hospitalario, estableciendo medidas para la corrección de las posibles desviaciones detectadas.
- Descentralizar el presupuesto a cada una de las áreas y servicios del Hospital, corresponsabilizando a los profesionales en la gestión.

La plena implantación y establecimiento del Acuerdo de Gestión en el Hospital San Francisco representaría en sí mismo un primer paso para superar la falta de disciplina financiera en los centros del IESS (con desviación crónica entre presupuesto inicial y gasto real). Promovería el desarrollo de nuevos sistemas de evaluación y control y facilitaría la descentralización de la gestión hacia la Red Asistencial y este centro.

La combinación de presupuestos centralizados con gestión descentralizada, propia del Acuerdo de Gestión, permitirá una corresponsabilización

de la gestión entre los distintos agentes implicados y la separación de las funciones que desempeñan cada uno de ellos:

- Financiación.
- Compra.
- Provisión.

El Acuerdo de Gestión, al formalizar las relación entre el financiador (IESS) y el proveedor (Hospital San Francisco) estaría llamado a ser el vehículo de canalización de la estrategia de salud que vaya a desarrollarse. En la política actual del IESS, consistente en ubicar al asegurado en el centro neurálgico del sistema, el Acuerdo de Gestión tiene un valor añadido. Dicho valor deviene de un hecho contrastado: este instrumento permite que, en un marco global de financiación pública, se pueda establecer un acuerdo con un proveedor, que vaya dirigido a cubrir las necesidades y expectativas de la población, con servicios de máxima calidad y al menor coste.

Contenido del Acuerdo de Gestión.

EL Acuerdo de Gestión debería recoger los objetivos y actuaciones previstas para todo un ejercicio presupuestario del propio Centro y de sus áreas y departamentos con relación a los siguientes aspectos:

- **La cartera de servicios:** capacidad instalada y conjunto de prestaciones de la red y del centro, autorizados por el nivel central, para cubrir los objetivos previamente definidos en el Plan Integral de Salud de la población asegurada del área de influencia del Hospital [79].
- **La actividad:** conjunto de actuaciones asistenciales, docentes y de investigación de la red y del centro que se debe llevar a cabo con relación a la cartera de servicios autorizada y a los citados objetivos y calculado a través del Plan de Gestión.
- **Los estándares de calidad:** niveles exigidos de pericia técnica y calidad percibida para las distintas actividades y prestaciones.
- **Las nuevas acciones:** cambios introducidos a través del Plan Estratégico para adaptar su contenido a las necesidades de salud de la población asegurada. Estas nuevas acciones

pueden estar dotadas o no de asignación de recursos.

- **El presupuesto asignado:** financiación prospectiva y cerrada, acorde con la cartera de servicios, los objetivos de actividad y estándares de calidad planteados y las nuevas acciones.
- **La coordinación entre niveles y redes:** Mecanismos de referencia y contrarreferencia.

De forma gráfica, el Acuerdo de Gestión se podría representar como un edificio en el que tres columnas (actividad, calidad y financiación) sustentasen la cartera de servicios del nuevo Hospital San Francisco de Quito y de su red.

Una vez conocido y entendido el cómo se desarrollará el Acuerdo de Gestión del HSFQ, resulta un factor crucial para su éxito e imprescindible, la monitorización y el seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos plasmados en el Acuerdo de Gestión del Hospital. La periodicidad y la sistematización de la evaluación son elementos claves de su eficacia. El reconocimiento del trabajo bien hecho, por parte del superior nivel organizativo, mediante una valoración formalmente positiva, puede considerarse imprescindible de cara a la utilidad instrumental del Acuerdo de Gestión.

El cálculo de los objetivos de actividad asistencial del Hospital San Francisco, que se incluirán en el Acuerdo de Gestión, se deberían basar en la capacidad máxima teórica (Plan de Gestión) y también se podría complementar en un estudio comparativo de sus indicadores de eficiencia con respecto al promedio de redes y centros de similares características (Benchmarking).

Por otro lado, debía existir la posibilidad de incluir otro tipo de objetivos como objetivos de mejora de la calidad, en el Acuerdo de Gestión, sobre el HSFQ. Estos se fundamentarían en estándares previamente fijados mediante comités, manuales y normalización, protocolización, sistema de información e indicadores de calidad técnica y percibida.

Además, el IESS podría llevar a cabo la evaluación y seguimiento de aquellos componentes o aspectos de mejora que se quisieran exigir al

Hospital en el Acuerdo de Gestión y que hayan sido propuestos con carácter prioritario para cada año conjuntamente entre las autoridades de salud, las asociaciones profesionales y científicas, las instancias de participación comunitaria y los profesionales del Hospital y de su red. Al igual que los objetivos asistenciales, estos también deben ser realistas y partir de una situación real.

6.5. EL PLAN ESTRATÉGICO

Tal y como se ha explicado en el esquema desarrollado en el punto “Modelo de Gestión”, una de las herramientas a desarrollar en el proyecto ha sido el Plan Estratégico del HSFQ.

El Plan Estratégico es la herramienta de gestión elegida que debía dar apoyo a todo el Modelo de Gestión a través del desarrollo, implantación, seguimiento y control de todos los proyectos, actuaciones y acciones que dan soporte al Modelo de Gestión.

Mediante la Gestión por Procesos, el Plan de Gestión, el Acuerdo de Gestión y el resto de herramientas, el HSFQ detectaría la necesidad de afrontar situaciones de cambio y mejora que haya que planificar, implantar, seguir y finalmente validar para su incorporación al funcionamiento ordinario del centro.

Todos estos proyectos se recogen y debían gestionarse a través de este Plan Estratégico del HSFQ, que si bien se planteaba en un principio, con vista a dos años, es una herramienta dinámica que puede incorporar los proyectos necesarios en cualquier circunstancia, siguiendo los procedimientos establecidos.

El Plan Estratégico del HSFQ, así como los procesos que recogen su sistemática de trabajo, debían definir con exactitud las actividades a seguir para la implantación y gestión de esta herramienta.

Por otro lado, el Plan Estratégico resultante debía recoger la misión, visión y valores del centro y orientará las líneas de actuación a corto medio y largo plazo, los objetivos estratégicos y operativos, las metas y los hitos críticos del HSFQ para el lustro siguiente.

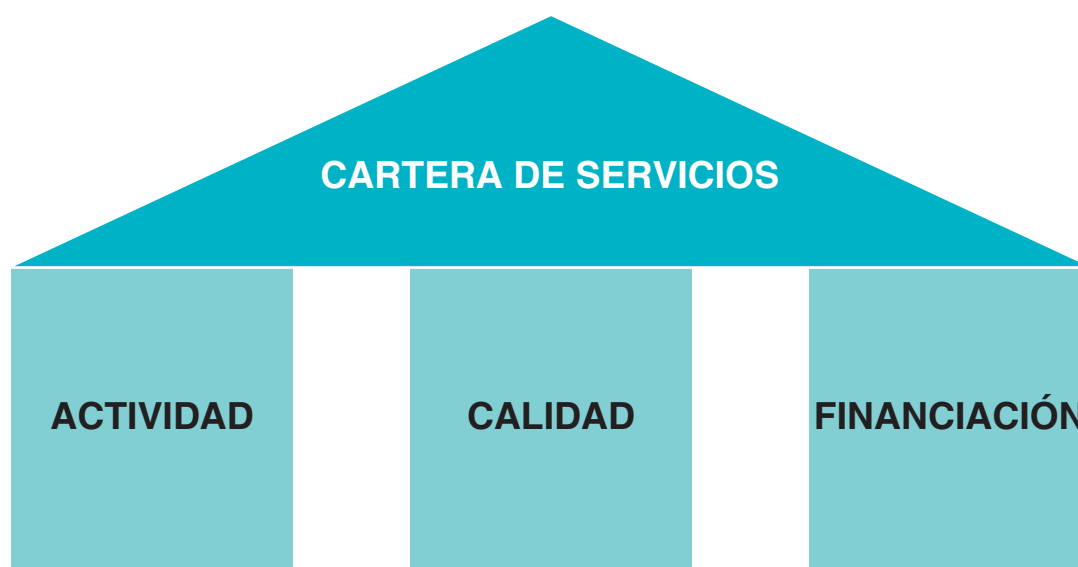


Figura 19-6. Pilares del desarrollo del Acuerdo de Gestión.

A modo ilustrativo, los ejes estratégicos que podrían guiar las actuaciones del HSFQ, estarán interrelacionados y perseguirán la consecución de la visión que desea alcanzar el hospital en el futuro.

Con anterioridad a la inauguración del HSFQ, había que desarrollar una serie de documentos que incluían la información base para el desarrollo de un Plan estratégico del HSFQ. Entre estos documentos podemos incluir diversos planes y líneas de actuación. Asimismo, como ya hemos comentado, se debían definir elementos básicos en el desarrollo de un Plan Estratégico como son la Misión, Visión y Valores, Ejes Estratégicos, etc [80].

Una vez inaugurado y operativo el HSFQ, se debería revisar y validar a través de un nuevo análisis y estudio de los documentos existentes, el Plan Estratégico del HSFQ y su adecuación a la realidad del centro, derivando en las diferentes actualizaciones y variaciones del Plan Estratégico del HSFQ (2013-2014).

Esta revisión seguimiento y validación tenía que realizarse con la participación de los profesionales del centro y sobre todo con las aportaciones, seguimiento e interiorización del equipo directivo local, con el fin de que el día que el Equipo Directivo Asesor ya no estuviera en el centro, se diera continuidad a dicho Plan Estratégico.

En el transcurso del año 2013 se debería seguir trabajando en el desarrollo, implantación y seguimiento del Plan Estratégico 2013-2014 del HSFQ.

Además, sería fundamental que existiera dentro de un proceso planificado de transferencia del conocimiento y gestión del Modelo de Gestión propuesto, un lugar para el traspaso de esta herramienta ante el staff directivo del HSFQ con el fin de realizar la transferencia de la gestión del Plan Estratégico, si bien se debería realizar a lo largo de todo el proyecto.

En resumen, el Plan Estratégico debería incluir, al menos, los siguientes elementos básicos, desarrollados en el propio Plan Estratégico:

- Misión – Visión – Valores.- Consensuados y propuesta en grupos de trabajo con los profesionales del centro.
- Ejes Estratégicos.- Elección de los ejes estratégicos, también desarrollados a través de las reuniones planificadas para la elaboración del plan estratégico.
- Líneas Estratégicas.- Cada Eje Estratégico debería recoger una serie de líneas estratégicas específicas de su área. De cada uno de los ejes estratégicos había que plantear por parte de todos los responsables una serie de líneas sobre las que trabajar.
- Proyectos Operativos y Objetivos de Gestión.- Por cada línea estratégica se pretendía

decidir y establecer una serie de Proyectos Operativos y/u Objetivos de Gestión, los cuales se desplegarían en una planificación estandarizada. Cada línea estratégica contaría con entre 2-5 proyectos operativos u objetivos de gestión, referentes en la gestión del cambio del HSFQ. Todos estos proyectos estarían asignados a diferentes responsables con el fin de que todas las áreas y profesionales se vean implicados en el Plan Estratégico.

Este plan debería tener una sistemática de seguimiento, la cual se propuso en un principio fuera trimestral, por parte de los profesionales del HSFQ y los comités relacionados con la gestión del Plan Estratégico, con el fin de evaluar el avance de cada uno de estos proyectos.

6.6. EL SISTEMA DE PRODUCTIVIDAD E INCENTIVOS

El buen hacer de una organización como el HSFQ se basa, fundamentalmente, en la calidad y en la dedicación de su personal. Una buena política de relaciones con los trabajadores es uno de los mejores métodos para aumentar la productividad de cualquier organización, puesto que es natural que un profesional se esfuerce más, cuando recibe de la organización el reconocimiento y la motivación adecuada [62].

Los salarios constituirán una parte importante de la relación transaccional del trabajo. Todos los trabajadores/as invertirán tiempo y esfuerzo físico o intelectual y a cambio recibirán un salario que representará el intercambio de equivalencia entre derechos y responsabilidades recíprocas entre empleados/as y el hospital.

Con la política de retribución variable e incentivos se hace referencia al conjunto de normas y de procedimientos que tratan de establecer o mantener estructuras de salarios equitativas y justas en la organización [81].

El modelo de retribución es uno de los aspectos fundamentales en la política de personal de cualquier organización, y no sólo porque sea una de las partidas que mayores costos originará, sino porque supone en sí mismo un elemento muy importante de atracción y fidelización hacia los

profesionales de la salud.

Cuando se habla de retribución, se hace referencia a todos los componentes que puede percibir un individuo: tanto al componente de la Retribución Fija, como a otros, por ejemplo: Retribución Variable anual en efectivo; Incentivos a medio y largo plazo; Prestaciones en especie y Beneficios Extrasalariales.

- **Retribución Fija:** Cantidad anual bruta garantizada que se percibirá en efectivo. Esta comprende:
 - Salario Base: Cantidad que se paga a cada persona en función del puesto de trabajo que ocupa o de su categoría laboral.
 - Complementos Específicos del Puesto: Cantidad que se paga a la persona y que complementa el salario base, dando lugar al salario total que percibe el trabajador. Estos complementos pueden ser fijos o variables e individuales o grupales.
- **Retribución Variable:** Cantidad percibida por el trabajador en forma de bonus, primas o cantidades abonadas en función del cumplimiento de los objetivos previamente establecidos y de su desempeño.
- **Compensaciones Extrasalariales:** También llamada retribución en especie, se trata de otros bienes o servicios no dinerarios que puede aportar la empresa. Las posibilidades más habituales en el HSFQ podrían ser: intercambios profesionales, participación en cursos, seminarios, congresos,..., incremento de la asignación destinada a investigación, incremento de recursos en la unidad asistencial,...

Un modelo de retribución variable que podría ser propuesto para el HSFQ, también debería incluir dos aspectos diferenciados a valorar para la incentivación:

- **Mayor dedicación:** Con este concepto se suele pretender reconocer y recompensar el mayor esfuerzo que los facultativos del HSFQ llevarán a cabo, en términos comparativos con otros hospitales del IESS. Se vincula por tanto con una mayor jornada laboral efectiva, la realización de actividad en horario de mañana y tarde y en conjunto la mayor productividad.

- **Cumplimiento de objetivos**

Un modelo contractual de este tipo se puede caracterizar por:

- Ser coherente con el modelo de hospital
- Ser coherente con el sistema de financiación del Hospital
- Asegurar la alineación con los objetivos del HSFQ y la orientación a resultados en términos de actividad, calidad y coste.

Las características del sistema de incentivación que se querían proponer, si bien debían contar con el visto bueno del responsable del IESS, y por lo tanto tener una partida presupuestaria concreta para su implantación, debía tener las siguientes características:

- **Racionalidad**, teniendo en cuenta la aplicación de una banda salarial.
- **Proporcionalidad**, que se aplica en función de las condiciones particulares de los puestos, siguiendo un criterio de proporción y equilibrio.
- **Equidad Interna**, que se basa en los principios de racionalidad y proporcionalidad.
- **Equidad Externa**, que se genera si así se decide por comparación con otras retribuciones.
- **Sensibilidad**, tiene que ver con el grado en el que en los distintos puestos se realizan funciones y tareas que son sensiblemente distintas, es decir, el sistema es sensible cuando permite distinguir el nivel de desempeño entre empleados en función de las tareas y los puestos que desempeñan.
- **Practicidad**, se refiere a la facilidad de uso y comprensión del sistema tanto para la dirección como para la plantilla.
- **Aceptabilidad**, es el grado en el que el sistema es aceptado y recibe el apoyo de la organización. Para ello es esencial que el sistema sea percibido como justo y fiable.

Además, un sistema de este tipo debía posibilitar la revisión anual de los incentivos, de acuerdo con la política salarial y el nivel de desempeño, así como del funcionamiento y la gestión del centro.

Motivar individualmente implica incentivar, a

través de la retribución, a aquellas personas que hayan tenido una participación evidente, y superior a la normal, en la obtención de resultados favorables, teniendo en cuenta simultáneamente la posición relativa de cada persona dentro de la zona de equidad.

Por lo tanto, el sistema tenía que cumplir con una serie de objetivos:

- **Que el personal obtenga una retribución equitativa** a nivel interno y externo como gratificación por el cumplimiento de unos resultados.
- **Que el personal crezca económicamente** dentro de su puesto de trabajo si el nivel de desempeño es el adecuado, sin necesidad de promocionar a otro puesto.

El Sistema de Retribución Fija

El personal del HSFQ iba a ser seleccionado y contratado por el IESS, por lo que éste determina la retribución fija a percibir por cada uno de los trabajadores, que en consecuencia queda fuera del ámbito de gestión del equipo directivo asesor del HSFQ.

El Sistema de Retribución Variable

Cuando se habla de retribución variable se hace referencia a la cantidad percibida por el empleado en forma de bonus, primas o cantidades abonadas en función del cumplimiento de los objetivos previamente fijados [82].

El pago de un incentivo se realiza en el marco de una relación empresa-empleado, en el que se explica el nivel de rendimiento esperado (objetivo) y la medición posterior del grado de consecución del hito establecido (cumplimiento de objetivos o, al menos, resultado logrado).

A la hora de establecer un esquema de incentivación vinculada al logro de objetivos en el HSFQ debíamos tener en cuenta una serie de criterios:

- **El esquema de incentivos propuesto debía estar alineado con el modelo de hospital.** De esta forma se consigue reforzar los objetivos institucionales y se muestra que el sistema de incentivos no es un ejercicio teórico

separado del desarrollo real de la actividad establecida.

- **Debía ser un sistema simple**, puesto que un sistema de incentivos complejo obligará a dedicar más tiempo a manejar y entender ese sistema vinculado a la actividad y sus resultados, lo que conlleva la elección de objetivos específicos y la limitación de su número. Además, siendo una herramienta de gestión para una organización que se estaba iniciando en un nuevo modelo de gestión, no debíamos complicar este tipo de herramientas para su mejor interiorización.
- **Imprescindible el poder fijar objetivos específicos y concretos.** El diseño de un Sistema de Retribución Variable vinculado al logro es un proceso que implica la definición de objetivos que se entiendan, acepten y cumplan tanto por el supervisor como por el supervisado. Implica también, la revisión periódica de dichos objetivos, y un gran énfasis sobre los resultados de los mismos.

En este sentido es también importante que los objetivos vinculados al incentivo no obliguen a la creación de sistemas de información adicionales y complejos.

Por ello, la percepción de incentivos en el HSFQ se debía vincular principalmente al logro de objetivos incluidos en el Acuerdo de Gestión, y también de planes específicos del HSFQ, tales como los del Plan Estratégico.

Por lo tanto, debíamos conseguir que los objetivos a definir pudieran tener una serie de atributos como:

- Fácilmente medibles
- Acordados con los responsables de los servicios y unidades
- Realistas
- Con plazos temporales establecidos tanto para su consecución como valoración de resultados.

Otro punto importante del sistema de incentivos era conseguir la integración en la organización a todos los niveles, y para facilitar este hecho, el sistema debía permitir establecer objetivos de la organización y objetivos de las áreas o unidades a los profesionales. Cada uno de los objetivos, en su alcance o cobertura (individual, unidad/área y

organización) debería contar con un peso específico que se asignara. Esto dependería del nivel jerárquico del puesto, del grado de integración deseado y, en definitiva, de la política de la empresa diseñada.

En relación a las cuantías de los incentivos, habría que establecer un sistema que permitiera un cálculo real, equitativo y justo. Este se podría calcular como un porcentaje del salario base, pero debía ser lo suficientemente interesante como para que el trabajador se esfuere en conseguirlo.

El valor de la bolsa de incentivos prevista para el personal del HSFQ era un condicionante muy importante que se debía definir desde las altas instancias del IESS.

El sistema propuesto así como su desarrollo e implantación se debería revisar y redefinir cada año, intentando seguir los siguientes pasos:

- En un primer lugar habría que identificar los objetivos específicos a asignar a cada puesto de trabajo para la consecución de los objetivos generales del Servicio, Unidad de Gestión Clínica, otros.
- Determinar la bolsa económica (dentro de los presupuestos generales para costos de personal) para destinar al pago de retribución variable, asegurando la autofinanciación del sistema.
- División de la bolsa económica entre los distintos puestos o unidades a los que le es aplicable.
- Decisión de la aplicación de la retribución variable únicamente cuando se haya dado la consecución del 100% de los objetivos operativos o si hay un escalado dependiendo del grado de alcance de éstos. Es decir, fijando unas cotas al incentivo.

El modelo de retribución variable deberá especificar por conceptos de incentivación:

- Ámbito de aplicación: Profesional, servicios
- Grado de logro de los objetivos: resultados obtenidos
- Determinación de la cantidad a repartir: distribución del volumen de la remuneración variable total

Por último, y teniendo en cuenta algunos conceptos necesarios para desarrollar una adecuada propuesta de sistema de incentivos, había que definir los siguientes términos:

- **Cota estándar:** La cota estándar se sitúa normalmente en el punto correspondiente al cumplimiento del objetivo al 100%.

Una vez definida, se procederá a determinar la percepción económica que corresponde al alcance de la cota estándar, ésta según la bolsa o porcentaje establecido para el pago de incentivos.

- **Umbral mínimo:** Es el nivel de resultados exigidos como mínimos a partir de los cuales se comenzará a aplicar el incentivo (A modo de ejemplo podríamos establecer que no se cobrarían ningún tipo de incentivos si el cumplimiento de objetivos derivados del acuerdo de gestión fuera inferior al >60%).

- **Techo de cumplimiento:** La fijación de un techo es opcional ya que consistirá en establecer límites por consecución del objetivo. Es aconsejable cuando:

- Existe el riesgo de que los resultados de un trabajador o equipo se disparen por factores externos no imputables a méritos personales de los mismos.
- Se desea evitar que se produzcan grandes diferencias entre las percepciones entre diferentes profesionales, o entre las percepciones de un mismo profesional en ejercicios sucesivos.

El incentivo además puede establecerse de dos formas:

- En hitos discontinuos o escalones, dónde se apoya en una tabla con intervalos y su comunicación y cálculo es sencillo
- Con progresión continua sin escalones, donde se mantiene una mayor proporcionalidad entre resultados y recompensa.
- **Modalidad de pago:** Por último, se debe definir la modalidad de pago de la retribución variable: trimestral, semestral, anual u otras formas de pago, máxime teniendo en cuenta las características salariales propias del área de referencia.

6.7. OTRAS HERRAMIENTAS DEL MODELO DE GESTIÓN:

6.7.1. PLAN FUNCIONAL Y PLAN DE EQUIPAMIENTO

Relación del Modelo Organizativo y de Gestión del Hospital y su funcionalidad

El Hospital “San Francisco de Quito” debía definirse como un centro hospitalario de alta capacidad de resolución, basado en un modelo de atención integral de los pacientes y en la promoción de nuevas modalidades asistenciales y no asistenciales de su gestión.

El planteamiento del Modelo Organizativo y de Gestión, así como el establecimiento de los principios motores del mismo, se debía realizar sobre el establecimiento de una política organizativa que tuviera como referente las siguientes características, que deberían definir el modelo de Hospital:

- **Hospital de Segundo nivel de complejidad:** Preparado para dar respuesta a los problemas de salud de la población de la zona que requieren atención sanitaria especializada en procesos resolutivos de acuerdo con la cartera de servicios definida y aprobada. Había que tener en cuenta los centros de primer nivel, así como los de tercer nivel que existían en la ciudad de Quito.
- **Hospital eficiente de alta resolución:** dando una respuesta adecuada en el menor tiempo posible y con el menor consumo de recursos, basado en un modelo de atención integral de los pacientes y en la promoción de nuevas modalidades asistenciales.
- **Hospital que promueve la ambulatorización,** impulsando medidas de desarrollo en la unidad de urgencias, consultas externas, gabinetes funcionales y otras formas alternativas a la hospitalización de los pacientes (refuerzo de los procedimientos de Día, corta estancia,...).
- **Hospital integrado,** en una red asistencial del área de influencia definida e implantada, de forma que se garantice la continuidad asis-

tencial con las unidades médicas internas y externas de su ámbito asistencial.

- **Hospital flexible:** con capacidad para adaptarse a incrementos puntuales de demanda asistencial, así como a cambios originados por la evolución de las tecnologías asistenciales y no asistenciales (adaptabilidad de la edificación y sus instalaciones).
- **Hospital moderno:** basado en una gestión por procesos, con sistemas de información amplios e integrados; con capacidad de adaptación a nuevas demandas asistenciales (novedades diagnósticas y de tratamiento, envejecimiento de la población,...), y la incorporación de la tecnología necesaria para dar soporte al modelo de gestión y a la evolución de las tecnologías médicas (telemedicina,...). RIS (Radiology Information System), que va asociado a PACS (Picture Archiving and Communications System) ambos constituyen parte de las nuevas tecnologías de imágenes médicas digitales, para el almacenamiento, distribución, presentación y administración de las imágenes tomadas de los distintos servicios de imagen del Hospital.
- **Hospital con un sistema de coordinación matricial,** donde se facilite el flujo de comunicación y la existencia de Responsables y Coordinadores de Procesos.
- **Hospital Seguro:** cumpliendo las políticas existentes creadas a este respecto para que el funcionamiento de las instalaciones no se vea afectado por desastres naturales, garantizando su disponibilidad ante este tipo de situaciones.
- **Hospital tecnológicamente complejo:** con la incorporación de los sistemas de diagnóstico y tratamiento más punteros y eficientes, garantizando la eficacia y seguridad necesaria en las instalaciones que sirven de base a los sistemas de comunicación y las redes informáticas, para dar soporte a las necesidades de intercomunicación y transmisión de voces, imágenes y datos.
- **Hospital saludable:** a partir de la incorporación de elementos, instalaciones, materiales y equipos que potencien el desarrollo sostenible, la eficiencia energética y el cuidado del medio ambiente, minimizando el impacto

ambiental de las actividades en él desarrolladas.

- **Hospital de calidad:** donde los principios rectores se basan en Procesos, Procedimientos y Protocolos de actuación.
- **Hospital evaluable:** Generando datos anuales sobre la actividad asistencial habida durante el periodo, y demás datos significativos de actividad y resultados.
- **Hospital docente:** desarrollando programas de formación continua y participando en actividades docentes y de investigación, integrándose así en las actividades del conjunto de los centros asistenciales del área de salud.
- **Hospital participativo:** involucrando a los profesionales en la determinación de los objetivos asistenciales del centro.
- **Hospital confortable:** habilitando los espacios de trabajo y de exploración y tratamiento con la comodidad y los recursos necesarios para la atención asistencial adecuada, para los pacientes y sus familiares/acompañantes, dotando de recursos hoteleros de máxima calidad.

De este modo, los fundamentos del Modelo Organizativo y de Gestión destinados a la funcionalidad del HSFQ deberían ser:

- Hospital centrado en el usuario
- Orientado a una rápida resolución de problemas de salud
- Eficiente en la producción y excelente en la calidad y la atención
- Innovador y con disposición a incorporar las mejores tecnologías del mercado
- Integrado en un área de salud determinada
- Comprometido con la docencia y formación de todos los profesionales
- Integrado en la red sanitaria del IESS

La definición y puesta en marcha del Modelo Organizativo y de Gestión propuesto, debe enlazar con el establecimiento de la cartera de servicios que se proveerá al Hospital, y que va a ser el eje a través del cual se analizará la estructura física del centro, así como los recursos humanos y el equipamiento requeridos para cumplir con dicha cartera de servicios.

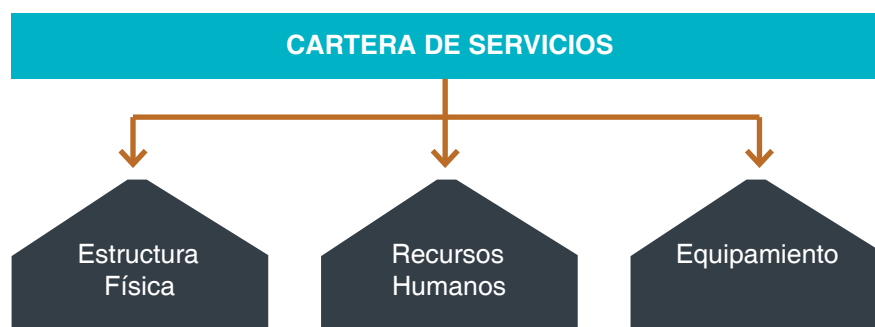


Figura 20-6. Relación de la cartera de servicios y los recursos del HSFQ.

Estos tres elementos definidos en el esquema, tienen una relación directa con los recursos económicos con los que debería planificarse la puesta en marcha y posterior funcionamiento del hospital.

La integración del Hospital en la red de salud, debería estar determinada por la coordinación directa con el hospital existente en Quito de tercer nivel y con otros hospitales de tercer nivel que configuran la red externa de proveedores y otros organismos públicos, y además con los diferentes centros asistenciales de menor nivel de complejidad.

Cartera de Servicios

Desde el punto de vista de la organización funcional y de equipamiento, el hospital se estructuró en diseño, en los servicios asistenciales y no asistenciales que se indican y se han descrito en el epígrafe de esta tesis “Cartera de servicios”, siguiendo los requisitos e indicaciones del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social.

El disponer de la cartera de servicios del hospital era algo imprescindible para poder realizar una correcta planificación y análisis funcional y de equipamiento del centro, la cual, además, fue sufriendo cambios y adaptaciones en el transcurso del tiempo.

Hay ciertos servicios y actividades que no fueron previstas en un principio pero, con el tiempo y funcionamiento, se fue haciendo evidente la necesidad de las mismas y, de ahí la necesidad de su incorporación al proyecto, a través de la adaptación de los planes funcional y de equipamiento.

Derivado de este análisis, se estableció que se desarrollarían dos documentos descriptivos de la situación del centro.

Por un lado el **Plan Funcional** del hospital [83]. En él se deberá incluir segmentando por niveles del edificio (plantas) y en segundo por áreas dentro de cada planta, la comparación de la funcionalidad que debería tener esa zona y la que en realidad tenía.

Este Plan Funcional se debía actualizar con carácter semestral, con el fin de ir analizando los problemas de flujos e incidencias que pudieran afectar a la organización del centro desde este punto de vista.

En las diferentes actualizaciones se debía analizar la situación total del edificio, la puesta de manifiesto de los nuevos problemas de identificación y la solución de las incidencias detectadas en diferentes momentos del proyecto, y que habían sido decidida su solución.

El Plan de Equipamiento pretendía ser un documento que, tomando como partida y referencia el equipamiento que se adquirió en la licitación del proyecto, se analizara su necesidad y utilidad, y se fuera gestionando desde ese momento, las salidas e incorporaciones del equipamiento sobrante y del nuevo.

El Plan de Equipamiento, fue un documento para el que se estableció también una revisión semestral.

A pesar de que estos planes tenían un periodo semestral de revisión, las dos direcciones encargadas de su gestión, Dirección de Servicios Generales y Dirección Económico Financiera, tenían

RECURSOS ASISTENCIALES	HSFQ	PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE
Camas totales	215	135	80
Hospital de día	12		12
Quirófanos	7	4	3
Centro obstétrico			
Paritorios	2	2	
Quirófanos cesáreas	2	2	
Quirófano legrados	1	1	
Locales de consulta y gabinetes	82	52	30

Tabla 11-6. Recursos asistenciales previstos HSFQ. Fase I y II.

	CARTERA DE SERVICIOS DEL HSFQ	
	Primera fase	Adicional segunda fase
Médicas	Cardiología	
	Endocrinología y Nutrición	
	Medicina Familiar	
	Medicina General	
	Medicina Interna	
	Neumología	
	Neurología	
Quirúrgicas	Dermatología	
	Cirugía Cardiovascular	
	Cirugía General	
	Gastroenterología	
	Obstetricia y Ginecología	
	Oftalmología	
	OTR	
		Odonto-estomatología
	Traumatología	
	Urología	
Ginecolo-obstétricas	Obstetricia y Ginecología	
Pediátricas	Pediatría	
	Neonatología	

Tabla 12-6. Cartera de servicios prevista según áreas y especialidades asistenciales. Fase I y II.

la misión de tener una continuidad en su gestión en el día a día y comunicar cualquier problema o incidencia que afectara gravemente al funcionamiento del hospital, cuestiones que se discutían en las comisiones de dirección semanales.

En el punto relacionado con la Implantación de estas dos herramientas veremos con más detalle su sistemática y ejemplos concretos de su descripción.

6.7.2. CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL

La estructura física del hospital contaba en su planificación inicial con los recursos asistenciales incluidos en la **tabla 11-6**.

El Hospital comenzaría su actividad con todas las especialidades previstas en su planificación inicial, pero sin Odonto-estomatología que se incorporaría en la segunda fase (**Tabla 12-6**).

CARTERA DE SERVICIOS DEL HSFQ	
	Primera fase
Servicios Centrales	Endoscopia
	Anestesia
	Emergencias
	Medicina Preventiva
	Rehabilitación
	UCI
	Esterilización
	Farmacia
	RX
	Ecografía
	Mamografía
	TAC
	Densitometría
	RNM
Laboratorio	Clínico
	De urgencias
	Banco de sangre
	A. Patológica

Tabla 13-6. Cartera de servicios prevista servicios centrales. Fase I y II.

En la segunda fase también estaba prevista la incorporación de una Resonancia Nuclear Magnética y el área de rehabilitación, completándose así la dotación prevista para los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento tal y como se puede ver en la **tabla 13-6**.

Asimismo, la Dirección y los servicios generales del hospital iban a estar completamente dotados en la primera fase (**tabla 14-6**).

Esta era la planificación básica que se había realizado de la “supuesta” cartera de servicios del hospital, pero a nosotros, como gestores, no nos era suficiente esta información.

Para poder realizar una correcta planificación de infraestructuras, equipamiento y organización de los servicios y de las unidades tanto asistenciales como no asistenciales del hospital, era necesario conocer qué tipología de procesos asistenciales se iban a desarrollar en cada una de las unidades.

De esta manera, el resto de procesos de apoyo,

diagnóstico, tratamiento, etc, podrían planificarse y ejecutarse con los recursos necesarios para dar respuesta a los procesos asistenciales establecidos.

6.7.3. DISEÑO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DEL ORGANIGRAMA

La organización de un hospital se define como la estructuración de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de su personal y sus recursos materiales, creando unidades administrativas, asignando en su caso funciones, autoridad, responsabilidad y jerarquía, con el fin de lograr el éxito de su estrategia.

La estrategia de un hospital determina su estructura organizativa. En el caso del Hospital San Francisco se intentó definir una estructura organizativa alineada con el plan estratégico.

La estructura organizativa debía adaptarse a las necesidades operativas y responder tanto a

		CARTERA DE SERVICIOS DEL HSFQ	
		Primera fase	Adicional segunda fase
DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES	Área Administrativa	Dirección	
		Administración	
		Atención al usuario	
		Admisión y Documentación	
		Archivo y reproducción de documentos	
		Dto de Recursos Humanos	
		Departamento Financiero	
		Unidad Jurídica	
		Compras	
		Trabajo Social	
		Biblioteca	
		Informática	
		Jardinería y cuidado de espacios	
		Vigilancia y seguridad	
		Consejería y mensajería	
		Parking	
		Unidad Religiosa	
	Hostelería Hospitalaria	Cafetería	
		Cocina y Dietética	
		Vestuarios de Personal	
		Lencería y Lavandería	
		Limpieza y control de plagas	
		Asistencia Técnica y mantenimiento	
		Almacenes	
		Desechos y eliminación de residuos de	
		Morgue	

Tabla 14-6. Cartera de servicios prevista dirección y servicios generales. Fase I y II.

los condicionantes internos de la propia empresa, como al entorno, que constantemente está generando nuevas oportunidades estratégicas como forma de adecuarse a los nuevos escenarios competitivos [84].

En este contexto, la estructura organizacional que a continuación se detalla contribuiría a que los servicios provistos por el Hospital San Francisco se ofrezcan en las mejores condiciones de calidad, eficacia, eficiencia, efectividad y seguridad.

El organigrama y funciones de los hospitales, de similar complejidad, del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, presentaba ciertas diferencias con el propuesto para el hospital. La flexibilidad que permite el modelo de gestión del nuevo centro, y la idea de cambio en la gestión hospi-

talaria ecuatoriana, aconsejaba ciertos cambios en las estructuras básicas que permitieran una mejor adaptación a la realidad concreta de este hospital y a los requerimientos que se plantean por los diferentes grupos de interés: autoridades del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, equipo directivo del hospital, pacientes, acompañantes, profesionales de la salud del centro y la sociedad en general (Figura 21-6).

Las estructuras organizacionales tienen un periodo de vida útil, determinado por los factores antes expuestos, de modo que cuando la organización deja de darles una respuesta adecuada, se torna obsoleta o inapropiada para la consecución de los objetivos del Hospital. Previsiblemente, el organigrama que se propone, variará en un futuro su configuración, para amoldarse a los reque-

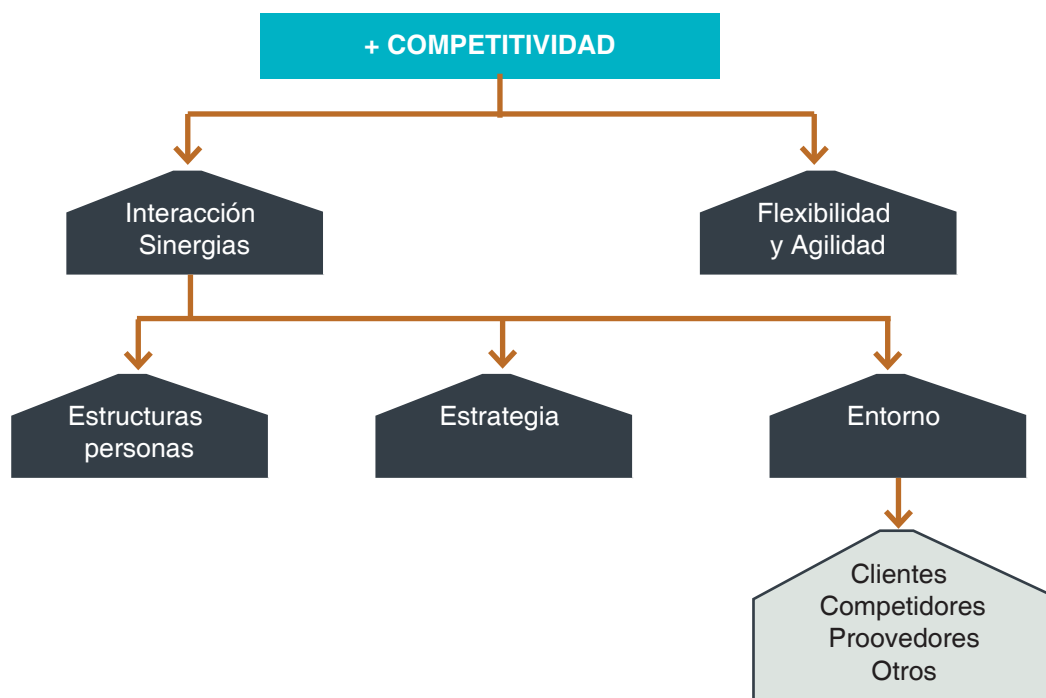


Figura 21-6. Necesidades operativas según la estructura organizativa del HSFQ

rimientos e innovaciones que surjan en el entorno o en el interior de la propia institución, pero se consideraba que en la actualidad cumplía las necesidades del modelo de gestión propuesto.

Las líneas estratégicas en las que se fundamenta el tipo de organización propuesto eran:

- Un hospital de “excelencia” en el modelo de atención y de relación con los pacientes y en todos los campos de su cartera de servicios, la asistencia, docencia e investigación.
- Orientado hacia los asegurados y beneficiarios de los distintos servicios, con una apuesta decidida por satisfacer sus expectativas.
- Motivador del buen hacer profesional que promueva la corresponsabilización y la autonomía de gestión de todo el personal, capacitándoles y facultándoles para que ejerzan su trabajo de forma adecuada.
- Integrado en la red y coordinado con los restantes centros, con establecimiento de los mecanismos idóneos de referencia y contra-referencia.
- Eficiente y efectivo que utiliza adecuadamente los recursos asignados a su cargo
- Comprometido con la transparencia y rendición de cuentas de los resultados alcan-

zados, a través de una política efectiva de comunicación interna y externa.

- Innovador en su entorno

En consonancia con lo anterior, el organigrama presentado debía tener como objetivo lograr un modelo:

- Equilibrado entre la autonomía de gestión, la responsabilidad en la utilización de los recursos y la prestación del servicio.
- Participativo: corresponsabilidad de todo el personal en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos
- Matricial: cooperación entre unidades, integración y coordinación entre servicios.
- Flexible para adaptarse a los cambios que exija el entorno y el funcionamiento interno.

Las diferencias con el organigrama propuesto tradicionalmente por parte del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, se justificaban por los siguientes motivos:

El cargo de **Gerente** diferenciado de la dirección asistencial se sustenta en la visión más estratégica y de representación institucional que debe de desarrollar esta figura de máxima responsabilidad. Así mismo coordina los requerimientos y

políticas del IESS y del entorno con la prestación de servicios y la ejecución que desarrolle internamente cada una de las direcciones del HSFQ, velando para que cada una de ellas esté alineada en el cumplimiento de los objetivos marcados por el IESS.

Por el contrario, las **Direcciones Asistenciales** tienen una labor más operativa siendo responsable de las actividades “core” del Hospital: la asistencia, la docencia y la investigación e integra la práctica médica y los cuidados de enfermería en el proceso de atención.

El **Servicio de Admisión** resulta imprescindible como apoyo a las relaciones del hospital con su red y el establecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, para la adecuada utilización de los recursos y para el desarrollo de un cuadro de mandos que evalúe el desempeño.

El **Servicio de Atención** al Paciente se precisa como medio de conseguir la excelencia, al ser un sensor del grado de satisfacción del paciente, acompañantes y del asegurado en general, con la calidad de atención y con la prestación del servicio que ha recibido y ser responsable de la información y atención personal al público que frecuente el centro.

La **Servicio de Sistemas de Información** indispensable en un Hospital moderno, que se orienta en su gestión al uso intensivo de los sistemas de información sanitarios.

Los sistemas de información permiten la obtención de los indicadores de gestión necesarios para el resto de componentes del consejo de dirección, para poder tomar decisiones en tiempo y forma con los datos extraídos del sistema; así mismo la dirección de los SSII debe de promover el uso por parte de todos los profesionales que prestan sus servicios en el centro sanitario y la relación del centro con el medio externo.

La **Dirección de Recursos Humanos** se incorpora al organigrama, por tener una importancia capital en un hospital que se plantea una política de personal fundamentada en la incentivación ligada a la evaluación del desempeño y a los resultados alcanzados con respecto a los objetivos pactados, la motivación a través de la carrera y la promo-

ción profesional, la salud y la prevención de los riesgos laborales y la medición de la satisfacción del personal y el clima laboral.

La **Dirección de Servicios Generales** se introduce en la estructura organizacional, para resaltar el papel de los servicios no asistenciales como el mantenimiento, la restauración, la lavandería o la logística en la calidad y seguridad de pacientes y profesionales. A este hecho se suma la externalización de algunos de ellos que exige una evaluación permanente de la prestación del servicio y una minoración de la tarifa que abona el centro a las empresas que los proveen, en el caso de que no alcancen los niveles contratados.

Por último la **Dirección Financiera** es fundamental, a pesar de que existe cierta fama de que los organismos públicos las actividades económico-financieras son controladas y gestionadas desde servicios centrales, y es fundamental que estas herramientas se incorporen a los modelos de gestión dentro de los propios hospitales.

6.7.4. SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO (SAU)

Podemos decir, que los primeros servicios enfocados a un “cliente” en un servicio hospitalario, vienen de la creación, como veremos en el punto siguiente, de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Si bien, dentro del proyecto estaba prevista la creación de este Servicio de Admisión y Documentación Clínica, y por lo tanto de un servicio de Atención al Usuario, nuestra idea no era quedarse en un mero servicio de atención a los pacientes, sino ir mucho más allá.

Lo primero que debemos entender es que en las organizaciones en general, y en los hospitales en particular no tenemos un único tipo de cliente, por lo tanto, no podíamos crear un servicio que atendiera a un solo tipo de cliente: el paciente.

Los hospitales, además de los pacientes, cuentan con otros tipos de clientes, como pueden ser familiares, personas que simplemente quieren una información, profesionales de otras organizaciones, etc. Es decir, existen muchas posibilidades de encontrar “usuarios” que requieren de

algún servicio que se pueda dar en un hospital.

Por todo esto, nuestro objetivo era crear algo con más fuerza, y que diera cobertura a todo el mundo: Un **Servicio de Atención al Usuario**.

Este Servicio de Atención al Usuario, debía ser el responsable directo de la calidad percibida por el paciente, proporcionando a éste, sus familiares y acompañantes, un entorno de calidad con servicios que hagan su estancia más confortable, ayudando a su comodidad y pronta recuperación.

Su responsable debía asumir la planificación, implantación y evaluación de las siguientes funciones propias de este servicio:

- Atención personal a las demandas, sugerencias y quejas de los pacientes, sus parientes próximos, representantes o acompañantes.
 - Información a los pacientes y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y de visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.
 - Gestión de las reclamaciones y sugerencias a que hubiere lugar, tanto de las escritas como de las verbales, procediendo a su recogida, tramitación, siendo estas sometidas a los responsables de la Dirección que correspondan, debiendo darles respuestas por escrito, firmada por el Gerente, o persona en quien delegue.
 - Realización, procesamiento y evaluación de las encuestas de satisfacción de los pacientes, que se efectuarán con carácter periódico, para toda la institución y segmentadas por áreas.
 - Elaborar el informe mensual de calidad percibida y proponer acciones para la mejora de la atención y el grado de satisfacción que presenta el asegurado.
 - Apoyar al Gerente en las relaciones con los medios de comunicación y con la opinión pública, e identificar, clasificar y procesar las distintas noticias relacionadas con el centro
 - Convocar y preparar la documentación que precisa la Comisión de participación ciudadana.
- Elaborar una publicación interna periódica del centro, para facilitar la comunicación interna con el personal.

6.7.5. SERVICIO DE ADMISIÓN

El origen de los Servicios de Admisión y Documentación clínica en España no es muy lejano en el tiempo, remontándose a la segunda mitad de la década de los ochenta. Su creación parte de la necesidad de las organizaciones hospitalarias de contar con recursos que permitieran gestionar ciertos aspectos básicos de la información sobre la actividad del hospital y la ayuda necesaria para resolver determinadas carencias organizativas. Estos es, gestionar la información clínica de los pacientes, y además organizar y controlar los recursos asistenciales tanto internos como externos del hospital.

La base legal para la creación de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica se establece en el Real Decreto 521/87, de 15 de Abril por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD [22], a partir de esa normativa, se van consolidando novedosas estructuras organizativas en el organigrama de los hospitales españoles que son el origen de los actuales servicios de Admisión y Documentación clínica [86].

Durante el año 1990 se reguló la figura de los Coordinadores Asistenciales en los hospitales y entre ellos se establece la figura del Coordinador o Jefe de Unidad de Admisión como responsable del servicio en cada hospital. Durante los siguientes años los servicios de admisión se consolidarían como estructura orgánica del staff de la Gerencia de los hospitales.

Por otro lado, el Real Decreto 866/2001, de 20 de Julio desarrollaría las directrices necesarias para la creación de la categoría de Médicos del Servicio de Admisión y Documentación clínica y su entrada en vigor supone el definitivo reconocimiento a la labor de los profesionales de estas unidades o departamentos hospitalarios, siempre “colocados” a niveles del staff directivo [87].

En el citado Real Decreto se establecen las fun-

ciones básicas de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, entre las que destacamos:

- 1.- Organizar los circuitos administrativos de los procesos asistenciales.
- 2.- Apoyo a la actividad asistencial para conseguir una mayor eficacia de los procesos.
- 3.- Facilitar información y acceso a la asistencia.
- 4.- Gestión y adecuación de la oferta y la demanda.
- 5.- Desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información asistencial.

Para poder entender de mejor manera las funciones explícitas de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, podríamos describirlas de la siguiente manera [88]:

A. En relación a la gestión de los pacientes:

ORGANIZAR Y GESTIONAR OPERATIVAMENTE:

1. El acceso a los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente garantizando en todo momento el principio de equidad.
2. La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).
3. La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas.
4. La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.
5. El registro de los pacientes atendidos en urgencias. Proporcionando el soporte organizativo e informativo preciso para garantizar una adecuada asistencia a los pacientes.
6. Creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad, fiabilidad

así como la confidencialidad de la información.

B. En relación a la gestión de la documentación clínica:

1. Gestión y organización de los Archivos de Documentación e Historias Clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustan a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre, De Protección De Datos De Carácter Personal [89].
2. Establecer, en colaboración con las instancias determinadas por cada centro, LA NORMATIVA acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.
3. Normalizar la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la Comisión De Historias Clínicas.
4. Codificación clínica: elaboración de índices, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas para garantizar su fiabilidad.

C En relación a la información asistencial:

1. Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas).
2. Desarrollar los sistemas de recuperación de información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación, etc [90].

D Coordinación con otros niveles e instituciones:

1. Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios para ellos.

2. Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.
3. Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.
4. Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria.

Debido a la importancia que supone la implantación de un buen Servicio de Admisión y Documentación Clínica, el proyecto contemplaba de manera irrenunciable el contar con esta área como una de las herramientas fundamentales de gestión del proyecto.

Este servicio tenía una importancia capital en el proyecto de gestión del HSFQ por ser el responsable de asegurar la accesibilidad del paciente al HSFQ y de facilitar el uso adecuado de sus instalaciones y recursos con el objeto de mejorar el proceso de gestión del paciente.

Por ello, se debía contar con un responsable que estuviera formado y al mismo tiempo capacitado adecuadamente en todas estas funciones ya que debería llevar a cabo la planificación, implantación y supervisión de las siguientes tareas:

- Diseñar los circuitos técnico - administrativos de acceso al HSFQ:
 - Acceso al Hospital desde otros niveles Asistenciales.
 - Acceso al Hospital para Internación.
 - Acceso al Hospital desde Urgencias.
 - Acceso al hospital desde las Consultas Externas.
- Establecer los métodos de programación de actividades relacionadas con el paciente/ciudadano en el HSFQ:
 - Cómo programar las Visitas de los pacientes en Consultas Externas.
 - Cómo programar para el personal de enfermería, la gestión de la Internación Médica y de sus egresos.
 - Cómo programar la actividad Quirúrgica:
- Programación Quirúrgica con Internación.

- Programación Quirúrgica de Corta Estancia o sin ingreso.
- Establecer los procesos, procedimientos y protocolos para el desarrollo y seguimiento de la documentación e historia clínica con codificación del Conjunto Mínimo de Datos Básicos [91].
- Elaborar e Implantar los cuadro de mandos y el sistema de control y evaluación de la gestión clínico financiera.

A partir de estas premisas, y con la idea de que los responsables asistenciales de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, no tendrían un peso de jefaturas de servicios similares al de los hospitales gestionados por modelos de gestión convencional, era indispensable la creación y fortaleza de este servicio, para conseguir una eficiencia en la gestión integral de todos los recursos asistenciales del HSFQ. Para ello los objetivos fundamentales eran conseguir crear este departamento y formar al personal con los conocimientos que se tenían en España sobre todas estas actividades, con el fin de dar una gran autonomía y responsabilidad a esta área.

6.8. TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO

Tal y como establecía el proyecto de “Apoyo a la gestión del HSFQ”, se consideró necesario realizar un proceso de transferencia del conocimiento y formación, si bien, se entiende que la convivencia durante todo este tiempo, y el día a día, ha sido la mejor sistemática de formación y transmisión de este conocimiento, considerando que dicha transferencia se ha realizado desde el comienzo con esa convivencia al tratarse de un proyecto “vivo” y dinámico.

Aun así, e intentando dar objetividad a este hito del proyecto, en el mes de mayo de 2013, se envió a la Dirección Administrativa del equipo directivo local, una propuesta de planificación de actividades formativas de transferencia de conocimiento, así como una sistemática para ir realizando recepciones parciales de todas las herramientas y elementos que conforman el modelo de gestión propuesto, con el fin de planificar y

adecuar, de la mejor manera, un cierre final del proyecto en el mes de octubre-noviembre. En la **figura 22-6** se puede ver el plan Presentado a la Dirección Local en el mes de mayo para su seguimiento hasta el fin del proyecto. Plan de Formación y Transferencia propuesto.

Se realizaron todas las presentaciones incluidas en dicho plan a los responsables del hospital, y se cumplieron con todas las actividades fijadas. Existieron algunas actividades, en las que se han entregaron documentos formativos, pero no se precisó realizar ninguna actividad de presentación presencial como en el resto de herramientas.

Además, en el mes de junio, se procedió a crear por parte del Administrador del Contrato, y Director Administrativo Local del HSFQ una pro-

puesta de Comisión de Recepción del modelo de gestión, formada por profesionales del centro, los cuales, todo lo presentado por nuestra parte, fue enviado a sus componentes, y tramitado para su aceptación.

En resumen, si bien la formación y adiestramiento se produjo de manera continua a través de todo el proceso y tiempo que duró el proyecto, al tratarse de un contrato de licitación pública, y teniendo en cuenta las formas de gestionar y cerrar este tipo de concursos públicos, se hacía necesario el desarrollo de este proceso de transferencia del conocimiento, y la objetivación del mismo a través de estas sesiones, en las que todos los participantes firmaron su asistencia y entendimiento de cada una de las herramientas de gestión del modelo.

ELEMENTO	ASISTENTES	ACTIVIDAD FORMATIVA	QUIEN REALIZA ACCIÓN	FECHA PROPUESTA	ACTIVIDADES DEL HSFG
PLAN FUNCIONAL (Responsable de Salud Ocupacional)	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Presentar el/los Planes Funcionales, e informes relacionados con la funcionalidad del HSFG en el periodo transcurrido. Presentación y entrega de los pasos a seguir, y como los responsables del HSFG deben seguir realizando dicho seguimiento y gestión de la herramienta	Equipo Directivo Asesor	19 de junio de 2013 (2 horas)	*Nombrar un Responsable para la gestión de la herramienta e interlocutor para la información y seguimiento con el Equipo Directivo Asesor. *Recibir la gestión integral de la herramienta *Informar mensualmente del estado del Plan Funcional al EDA.
PLAN DE EQUIPAMIENTO (Director/Jefe de SSGG)	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Presentar las revisiones del equipamiento e informes relacionados con la adquisición de equipamiento del HSFG en el periodo transcurrido. Presentación y entrega de los pasos a seguir, y como los responsables del HSFG deben seguir realizando dicho seguimiento y gestión de la herramienta	Equipo Directivo Asesor	19 de junio de 2013 (2 horas)	*Nombrar un Responsable para la gestión de la herramienta e interlocutor para la información y seguimiento con el Equipo Directivo Asesor. *Recibir la gestión integral de la herramienta *Informar mensualmente del estado del equipamiento al EDA.
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DEL HSFG Y SU ENTORNO	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Presentación y entrega de informe sobre el papel del HSFG y su entorno en la red pública de salud de Ecuador.	Equipo Directivo Asesor	Septiembre 2013 (2 horas)	*Analizar el informe que se entregue para conocer el punto de vista del EDA en relación al presente y futuro, con el fin de prever los posibles cambios y como afectan al HSFG.
PLAN DE APERTURA	Equipo Directivo	No aplica en este plan, realizar ninguna actividad sobre este requerimiento puesto que ya se implantó antes de la apertura del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	N/A	La apertura se realizó sin Equipo Directivo Local, estando presente alguno de los Coordinadores Asistenciales. Actualmente no hay nada más que hacer por ninguna de las partes.
MODELO DE GESTIÓN DEL HSFG (Director de IDF)	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Explicar el contenido del documento y las modificaciones que han surgido a lo largo del periodo transcurrido y las ediciones entregadas. Presentación, explicación y entrega de los pasos a seguir, y como los responsables del HSFG deben seguir gestionando dicha herramienta.	Equipo Directivo Asesor	22 de mayo de 2013 (2 horas)	*Nombrar un Responsable para la gestión de la herramienta e interlocutor para la información y seguimiento con el Equipo Directivo Asesor. *Recibir la gestión integral de la herramienta *Informar cuando se produzcan cambios al EDA.
PLAN ESTRATÉGICO (Director de IDF)	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Explicar el contenido del documento y las modificaciones que han surgido a lo largo del periodo transcurrido y las ediciones entregadas. Presentación, explicación y entrega de los pasos a seguir, y como los responsables del HSFG deben seguir gestionando dicha herramienta.	Equipo Directivo Asesor	22 de mayo de 2013 (2 horas)	*Responsable: Dr. Roberto Ramos. *Recibir la gestión integral de la herramienta. *Informar cuando se produzcan cambios al EDA.
PLAN DE GESTIÓN Y ACUERDO DE GESTIÓN (Coordinadora de Admisiones)	Equipo Directivo	Explicar el contenido del documento y las modificaciones que han surgido a lo largo del periodo transcurrido y las ediciones entregadas.	Equipo Directivo Asesor	29 de mayo de 2013 (2 horas)	*Nombrar un Responsable para la gestión de la herramienta e interlocutor para la información y seguimiento con el Equipo Directivo Asesor. *Recibir la gestión integral de la herramienta *Informar mensualmente del estado del Plan de Gestión y Acuerdo de Gestión al EDA.
SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD (Director/Jefe de RRHH)		Se incluye en este apartado la entrega del sistema de Incentivos y Productividad. Presentación, explicación y entrega de los pasos a seguir, y como los responsables del HSFG deben seguir gestionando dicha herramienta.			
DISEÑO DE PROCESOS	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Presentación a través del Mapa de Procesos de los procesos incluidos en esta tipología. Presentación de la documentación relacionada con los mismos. Presentación de los indicadores planteados en estos procesos. Entrega y explicación de los pasos a seguir para gestionarlos por los responsables del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	12 de junio de 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
Estratégicos		Presentación a través del Mapa de Procesos de los procesos incluidos en esta tipología. Presentación de la documentación relacionada con los mismos. Presentación de los indicadores planteados en estos procesos. Entrega y explicación de los pasos a seguir para gestionarlos por los responsables del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	12 de junio de 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
Clave		Presentación a través del Mapa de Procesos de los procesos incluidos en esta tipología. Presentación de la documentación relacionada con los mismos. Presentación de los indicadores planteados en estos procesos. Entrega y explicación de los pasos a seguir para gestionarlos por los responsables del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	5 de junio de 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
Tratamiento		Presentación a través del Mapa de Procesos de los procesos incluidos en esta tipología. Presentación de la documentación relacionada con los mismos. Presentación de los indicadores planteados en estos procesos. Entrega y explicación de los pasos a seguir para gestionarlos por los responsables del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	5 de junio de 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
Diagnóstico		Presentación a través del Mapa de Procesos de los procesos incluidos en esta tipología. Presentación de la documentación relacionada con los mismos. Presentación de los indicadores planteados en estos procesos. Entrega y explicación de los pasos a seguir para gestionarlos por los responsables del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	5 de junio de 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
Soporte		Presentación a través del Mapa de Procesos de los procesos incluidos en esta tipología. Presentación de la documentación relacionada con los mismos. Presentación de los indicadores planteados en estos procesos. Entrega y explicación de los pasos a seguir para gestionarlos por los responsables del HSFG.	Equipo Directivo Asesor	12 de junio de 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
GESTIÓN DE RRHH	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	En este punto, los elementos a entregar son: El Sub-proceso de Selección de personal y Gestión De personal, y los Sub-procesos de formación, los cuales se entregan dentro de los Procesos Clave , y el sistema de incentivos y productividad, el cual se presentará junto con el Plan de Gestión, Acuerdo de Gestión e incentivos y productividad.	Equipo Directivo Asesor	N/A	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	En este punto, los elementos a entregar son: El proceso de infraestructura y mantenimiento, el procesos de almacenes, y el proceso de TIC's, los cuales se entregan dentro de los Procesos de Soporte	Equipo Directivo Asesor	N/A	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.
GESTIÓN DE CALIDAD	Todos los responsables del HSFG, o personal que decida la DA	Presentación del estado actual de la gestión de protocolos y su explicación para que la gestión se realice desde los responsables del HSFG. Presentación de la IT de Calidad de Historia Clínica. Entrega para su implantación. Análisis de la situación del HSFG para el comienzo del proceso de certificación ISO 9001.	Equipo Directivo Asesor	Septiembre 2013 (2 horas)	*Implantación de los procesos aprobados por la DA del HSFG. *Comunicar los cambios que se produzcan en los procesos al EDA. *Apoyarse en el EDA para cualquier problema de implantación y seguimiento.

XXXXX - Sesiones ejecutadas XXXXXX - Actividades finalizadas y cerradas (Continuidad en el seguimiento e implantación)

Elaborado y revisado por: Miguel Noblejas Castellanos (Director Gerente Equipo Directivo Asesor)

Figura 22-6. Plan de formación y transferencia del conocimiento del HSFG.

7. RESULTADOS

Los resultados del modelo se centran en describir los resultados conseguidos por la implantación de las diferentes herramientas de gestión que se implantaron como parte del Modelo de Gestión descrito a lo largo de este proyecto, siguiendo el mismo esquema utilizado en el modelo:

1. Mapa de procesos
2. Desarrollo documental de los procesos
3. Seguimiento y medición de los procesos. Los cuadros de mando.
4. Cuadro de mando integral
5. Plan de gestión
6. Acuerdo de Gestión
7. Plan Estratégico
8. Sistema de productividad e incentivos
9. Otras herramientas de gestión propuestas:
 - a. Plan funcional
 - b. Plan de equipamiento
 - c. Cartera de servicios
 - d. Organigrama
 - e. Servicio de atención al usuario
 - f. Área de admisión

7.1. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos pasa por la implementación de una serie de herramientas, consecutivas unas con las otras, y que nos llevan las unas a las otras.

Desde que una organización comienza a describir sus actividades, o mejor dicho, cómo quiere que sean sus actividades, hasta que es capaz de tomar decisiones de gestión, tienen que darse de manera ordenada la implementación de todas herramientas de gestión.

7.1.1. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

El mapa de procesos, en un principio se presentó uno de carácter teórico, basado en la experiencia del equipo directivo asesor, y en las características del hospital, teniendo en cuenta recursos, cartera de servicio prevista, etc [63].

El Mapa de Procesos del HSFQ fue socializado y entendido no sólo por el Equipo Directivo local del HSFQ, sino que fue socializado a casi la totalidad de los niveles y categorías profesionales del hospital, a través de numerosas reuniones y sesiones generales, y de las Comisiones de Direc-

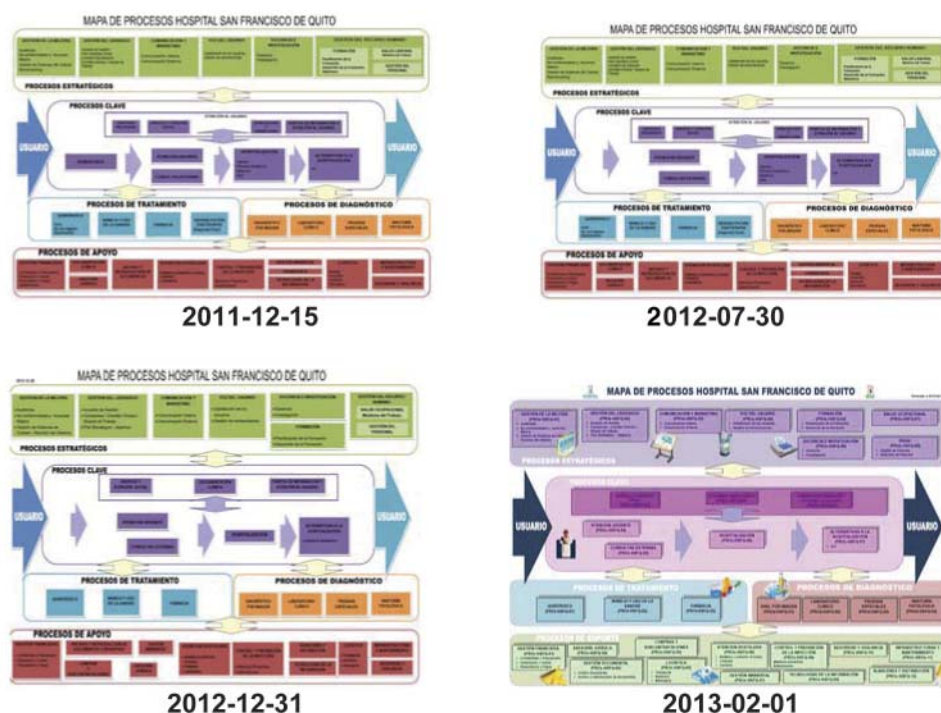


Figura 1-7. Diferentes revisiones y actualizaciones del mapa de procesos del HSFQ.

ción realizadas con carácter semanal con todos los responsables de las diferentes áreas del hospital tanto asistenciales como no asistenciales, lo que hizo que esta herramienta llegara a todo el mundo. Como veremos, posteriormente se desarrollaron otras herramientas para que esta información llegara a través de la intranet y estuviera disponible para todo el personal del hospital.

El gran síntoma de la viabilidad, supervivencia e implantación del mapa de procesos, fue la integración a los profesionales del propio hospital en todos los niveles, tanto directivos como mandos intermedios que, al margen del Equipo Directivo Asesor, comenzaron a realizar sus propias socializaciones y cambios, respecto de las propuestas de mapa de procesos que se habían realizado por el Equipo Directivo Asesor, sobre todo en los últimos meses del proyecto, donde dejamos que el Modelo de Gestión comenzara a ser “llevado” por los profesionales que se quedarían con él, una vez que el Equipo Asesor se fuera del hospital.

A continuación podemos ver cómo ha evolucionado el mapa de procesos desde la primera propuesta realizada a comienzos del año 2011 y lo implantado con fecha de 2013, en sus diferentes

versiones y fechas de edición (Figura 1-7).

En la figura 2-7 podemos ver el último mapa de procesos con el que se trabajaba en el hospital.

Estas diferentes versiones se incluyeron en las correspondientes modificaciones y versiones del modelo Organizativo y de Gestión del HSFQ, documento de referencia del Modelo de Gestión. Dicho documento siempre era aprobado por la dirección del hospital y distribuido a todos los profesionales del centro.

El mapa de procesos se diseñó clasificando los procesos en 5 niveles o tipología [67]:

- Procesos Estratégicos
- Procesos Clave
- Procesos de Tratamiento
- Procesos de Diagnóstico
- Procesos de Soporte

Si nos preguntamos cuáles son los criterios a seguir para la clasificación de cada uno de los procesos, en el caso de los procesos clave, de tratamiento y diagnóstico, es evidente, cuáles fueron estos criterios, desde el punto de vista de gestión sanitaria. En el caso de los procesos estratégicos y de soporte, los criterios se centran en la socia-

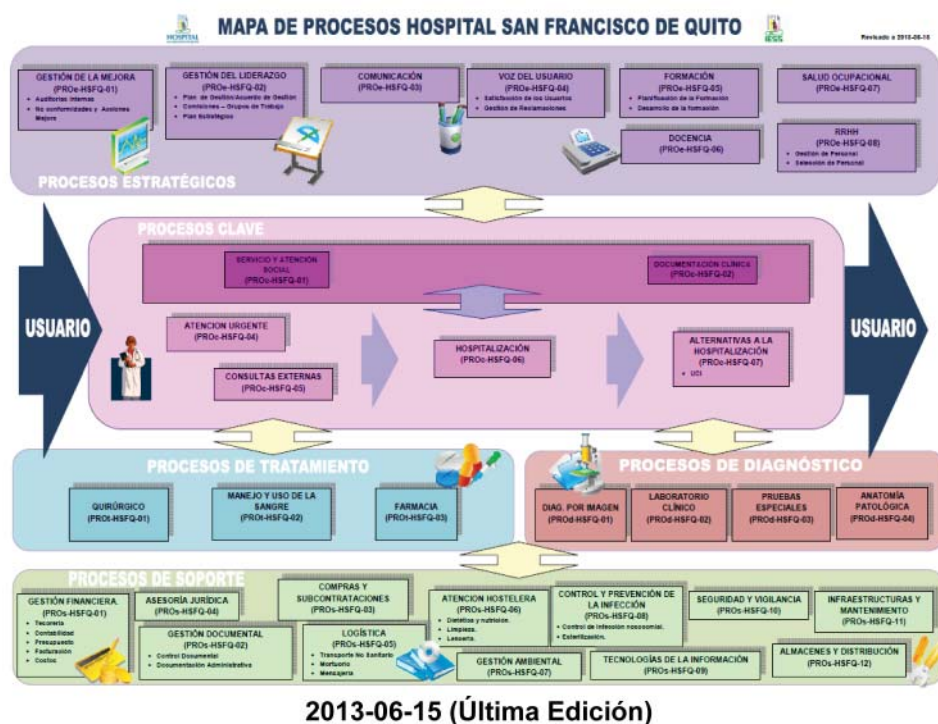


Figura 2-7. Última edición del EDA del mapa de procesos del HSFQ.

lización de los mismos, y la toma de una decisión que al final, independientemente de donde se establezcan, no afecte a su funcionalidad y puesta en marcha en las siguientes fases. Es decir, se trata de discutir cual es el lugar que se debe ocupar dentro del mapa de procesos, con el fin de que su papel este perfectamente claro, y que su posterior desarrollo sea completo.

En este tipo de procesos, soporte y estratégico, hay algunos cuya tipificación es clara, y en otros puede depender mucho de los gestores y equipos directivos que tienen que tomar la decisión de colocar estos procesos. Por ejemplo el proceso de RRHH, no está definido que tenga que ser un proceso estratégico o de soporte, o un proceso económico – financiero. Posiblemente este último en una empresa privada, con la mentalidad actual, tenga un carácter mucho más estratégico que en una empresa pública.

El objetivo de un buen mapa de procesos es aquel que sigue unas directrices más o menos teóricas coherentes, pero sobre todo el que es aceptado y aprobado por la propia organización, y les permite seguir los siguientes pasos de la gestión por procesos, desde el punto de vista práctico y de implantación.

Este mapa de procesos fue explicado, enseñado, puesto en común y discutido con una gran cantidad de profesionales del hospital, los cuales aportaron sus observaciones, que fueron tenidas en cuenta.

El principal objetivo es que el equipo directivo local del HSFQ, pudiera entender cuál era la sistemática y el porqué del diseño de este mapa de procesos, y que en el futuro ante nuestra ausencia, no tuvieran ni el más mínimo problema para poder continuar con este sistema de gestión.

7.1.2. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DOCUMENTAL DE LOS PROCESOS

A partir de las diferentes versiones de los mapas de procesos, se comenzarían a desarrollar cada uno de los procesos en la fase documental de los mismos, y esto dio lugar al planteamiento de numerosas modificaciones de los mismos.

El esquema que se siguió para el desarrollo documental, respecto a los elementos que se deberían incluir en cada uno de ellos, es el que se ha explicado en el **apartado 6.3.2** del presente trabajo.

CÓDIGO	PROCESOS- SUBPROCESOS/ELEMENTOS	DOCUMENTO REALIZADO	DOCUMENTO ENVIADO	APROBADO POR HSQ	RESPONSABLE DESARROLLO	OBSERVACIONES
PROe-HSFQ-01	GESTIÓN DE LA MEJORA					
	Auditorías				MNC	
	No conformidades/Acciones de mejora				MNC	
PROe-HSFQ-02	GESTIÓN DEL LIDERAZGO					
	Acuerdo de Gestión				MNC	
	Comisiones / Comités técnicos/Grupos de trabajo				MNC	
PROe-HSFQ-03	COMUNICACIÓN Y MARKETING					
	Plan Estratégico - Objetivos				MNC	
	Comunicación Interna				MNC	
PROe-HSFQ-04	VOZ DEL USUARIO					
	Comunicación Externa				MNC	
	Satisfacción de los Usuarios				MNC	
PROe-HSFQ-05	FORMACIÓN					
	Gestión de Reclamaciones				MNC	
	Sub-proceso de Planificación de la Formación				MNC	
PROe-HSFQ-06	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN					
	Sub-proceso de Desarrollo de la Formación				MNC	
	Investigación				MNC	
PROe-HSFQ-07	DOCENCIA				MNC	
PROe-HSFQ-08	SALUD OCUPACIONAL				RBS	
PROc-HSFQ-01	RECURSOS HUMANOS				ESB	
PROc-HSFQ-02	ADMISIONES				RBS	
PROc-HSFQ-03	SERVICIO Y ATENCIÓN SOCIAL				RBS	
PROc-HSFQ-04	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA				RBS	
PROc-HSFQ-05	PUNTOS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO				MNC	
PROc-HSFQ-06	URGENCIAS				JGA	
PROc-HSFQ-07	PROCESO DE CCEE				RBS	
PROc-HSFQ-08	HOSPITALIZACIÓN				RBS	
PROc-HSFQ-09	ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN - CUIDADOS INTENSIVOS				JGA	
PROi-HSFQ-01	QUIRURGICO				JGA	
PROi-HSFQ-02	MANEJO Y USO DE LA SANGRE				RBS	
PROi-HSFQ-03	FARMACIA				RBS	
PROd-HSFQ-01	DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				RBS	
PROd-HSFQ-02	LABORATORIO CLÍNICO				RBS	
PROd-HSFQ-03	PRUEBAS ESPECIALES				RBS	
PROd-HSFQ-04	ANATOMÍA PATOLÓGICA				RBS	
PROs-HSFQ-01	GESTIÓN FINANCIERA					
PROs-HSFQ-02	Subproceso de contabilidad y presupuesto				ESB	
	Subproceso de facturación y costos				ESB	
	Subproceso de recaudación y pagos				ESB	
PROs-HSFQ-03	GESTIÓN DOCUMENTAL				ESB	
PROs-HSFQ-04	Control Documental				MNC	
	Archivo y reproducción de documentos				ESB	
	COMPRAS Y SUBCONTRATACIONES				ESB	
PROs-HSFQ-05	ASESORÍA JURÍDICA				ESB	
PROs-HSFQ-06	LOGÍSTICA					
PROs-HSFQ-07	Subproceso de Transporte (No sanitario)				MAC	
	Subproceso de mortuario				RBS	
	Subproceso de mensajería				MAC	
PROs-HSFQ-08	ATENCIÓN HOSTELERA					
PROs-HSFQ-09	Subproceso de dietética y nutrición (Cocinas)				ESB	
	Subproceso de limpieza				ESB	
	Subproceso de lavandería				ESB	
PROs-HSFQ-10	GESTIÓN AMBIENTAL				MAC	
PROs-HSFQ-11	CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN					
PROs-HSFQ-12	Subproceso de medicina preventiva				JGA	
	Subproceso de esterilización				JGA	
	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN				TIC's	
PROs-HSFQ-13	SEGURIDAD Y VIGILANCIA				ESB	
PROs-HSFQ-14	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO				MAC	
PROs-HSFQ-15	ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN				ESB	

Tabla 1-7. Procesos y sub-procesos a documentar según el mapa de procesos establecido en el HSQ.

A partir de este esquema, y teniendo como referencia los procesos que habían sido identificados en el Mapa de Procesos del HSQ, como responsable Director Gerente Asesor y del proyecto, se procedió a repartir las tareas y responsabilidades de desarrollo documental de cada uno de los procesos, según su naturaleza, y se asignaron

a cada una de las direcciones y responsables del Equipo Directivo Asesor, los procesos que debían responsabilizarse de ir desarrollando, junto con los profesionales del hospital.

El planteamiento inicial fue presentado en la siguiente **tabla 1-7**.



Figura 3-7. Flujo para el desarrollo, revisión y aprobación de los diferentes documentos del HSFQ

Con este punto de partida, se comenzó a trabajar con los diferentes responsables del hospital, y con los profesionales que mejor conocimiento tenían de cada una de las actividades, para ir desarrollando los diferentes documentos.

A medida que los procesos se iban desarrollando, la actividad de elaboración era responsabilidad de los profesionales del hospital, así como del responsable asignado del Equipo Directivo Asesor. Posteriormente se producía la revisión por parte del Director Gerente Asesor, el cual transfería el documento a la Dirección Administrativa local del hospital, con el fin de obtener su aprobación final y distribución interna del documento.

El flujo que se siguió para el desarrollo, revisión y aprobación de los diferentes documentos de procesos representado en la **figura 3-7**.

En los primeros meses, al seguir este flujo, se observó, determinó y evidenció que los documentos no llegaban a todos los interesados en su conocimiento y a las personas que debían aplicarlo en sus puestos de trabajo.

Se decidió que una de las mejores maneras para hacer llegar el resultado de estos trabajos, era el desarrollo de una intranet/web que permitiera incluir una herramienta que ayudara a realizar una gestión adecuada de la documentación generada en el sistema de gestión documental [56].

Por esta razón se decidió tomar la decisión de nombrar un Responsable de Procesos, y de generar una herramienta informática a través de la intranet, conocida como “Gestor Documental”, podemos ver diferentes pantallas de la herramienta en las **figuras 4-7 a la figura 12 -7**.



Figura 4-7. Portada principal de la web: “Gestor documental” del HSFQ.

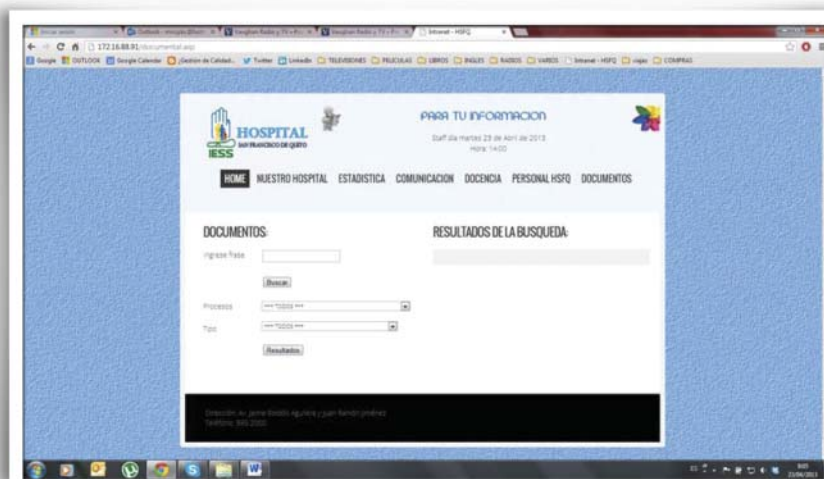


Figura 5-7. Web: “Gestor documental” del HSFQ: “Búsqueda”

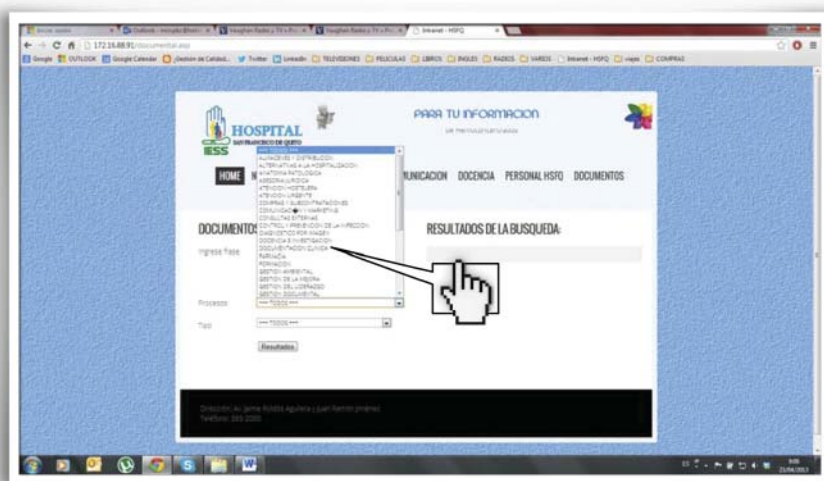


Figura 6-7. Web: “Gestor documental” del HSFQ: “Resultados”

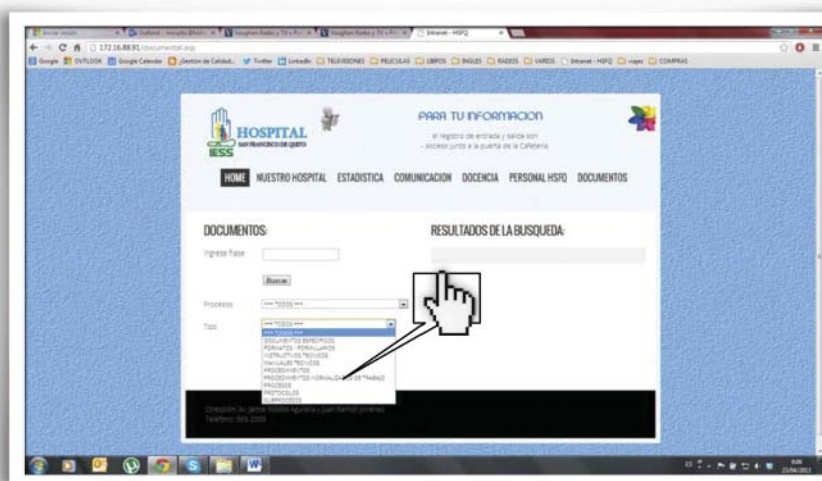


Figura 7-7. Web: “Gestor documental” del HSFQ: “Resultados por tipo de documento”

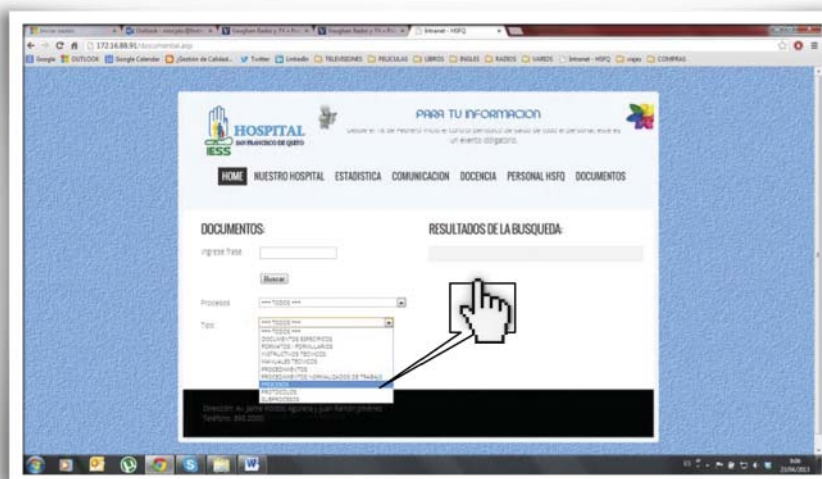


Figura 8-7. Web: “Gestor documental” del HSFQ: “Resultados por tipo de documento: procesos”

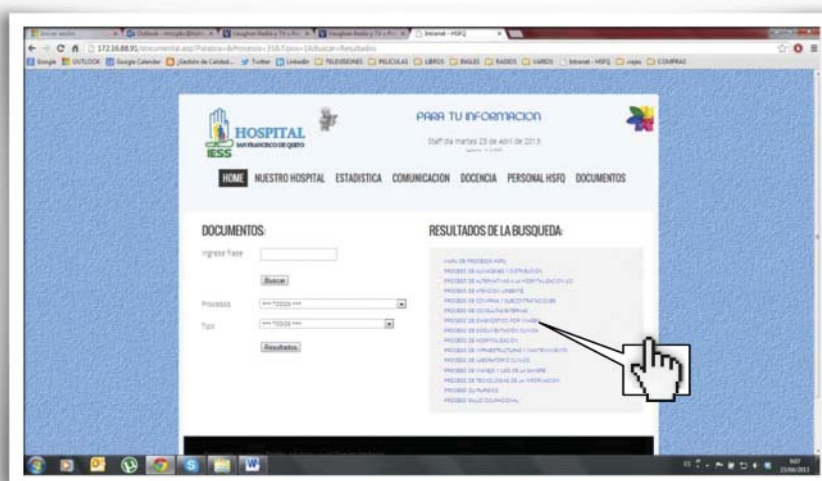
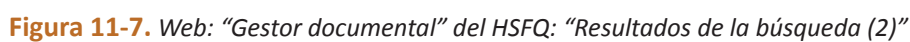


Figura 9-7. Web: “Gestor documental” del HSFQ: “Resultados de la búsqueda”



El Responsable de Procesos, tenía como misión fundamental la de recibir los procesos aprobados por la Dirección Administrativa local, revisarlos en forma, y detectar los errores finales del documento, y proceder a la distribución a través de esta herramienta a todos los profesionales del hospital. Hay que recordar que la elaboración, revisión, aprobación, distribución, y todas las actividades relacionadas con el control documental (modificaciones, anulaciones, creaciones, etc) estaban parametrizadas, de igual modo, a través de un proceso de “Control documental”.

Una vez que el sistema aseguraba la distribución, acceso a la documentación y conocimiento por parte de los profesionales, se procedía a la implantación y seguimiento de los mismos por parte del responsable del proceso y del responsable de las áreas o departamentos a los que afectaba el proceso [92].

La implantación de los procesos se comenzó a realizar en el año 2013, o segunda parte del proyecto. A partir del mes de febrero de 2013 el Equipo Directivo Asesor comenzó a entregar los “Informes de seguimiento mensual” cuyo objetivo fundamental se centró en ir analizando, a través de auditorías con muestreos, o revisiones puntuales, el grado de implantación de cada uno de los procesos desarrollados y aprobados por la Dirección Administrativa local.

Como era lógico, a raíz de estos seguimientos y de la implantación de los diferentes documentos (procesos, instrucciones técnicas, protocolos, etc) se comenzaron a ver las reales utilidades y el grado de adecuación de los mismos. Esto hizo, que se produjeran las modificaciones necesarias de los documentos y por lo tanto la adecuación a las realidades del día a día.

Una de las conclusiones que se expondrán, es que es demasiado frecuente ver en las organizaciones sanitarias, modelos documentales de gestión, organización o de calidad excesivamente teóricos, los cuales no son correctos, puesto que nunca se llega a ver la aplicabilidad de los mismos. Si no llevamos un adecuado proceso de implantación, no utilizaremos correctamente la herramienta de gestión, o por el contrario, estaremos trabajando con un sistema forzado que

nos obligue a ejecutar actividades de manera diferente a la que podría ser ideal en cada caso.

Al final del proyecto se habían desarrollado numerosos documentos de diferente tipología, como procesos, sub-procesos, procedimientos generales, instrucciones técnicas, protocolos, manuales, etc, con diferentes ediciones y revisiones, debido a las modificaciones continuas que se producían en los mismos.

Esto demuestra una dinámica y movilidad de la documentación lo que indica claramente un estudio, revisión, implantación y análisis de la misma, con el fin de realizar cambios e ir adecuándola a las circunstancias de cada momento.

Tal y como se puede ver en la **tabla 2-7**, a parte de todos los procesos y sub-procesos desarrollados tal y como se identifican en el Mapa de Procesos, se desarrollaron otros documentos de apoyo, y a otros niveles de uso y de detalle.

De manera paralela al desarrollo de la documentación que gestionaba cada uno de los procesos del hospital, se procedió al desarrollo de la documentación con carácter más asistencial, a través de la figura de **“Protocolos Asistenciales”** [93].

Gestión y seguimiento del desarrollo de protocolos en las áreas asistenciales del HSFQ

Tras la apertura de este Hospital a fecha 2011-12-05, desde la Dirección Asistencial Asesora se mantuvieron reuniones y en ellas se recomendó a todos los Coordinadores Asistenciales, que se debían elaborar protocolos en todas las especialidades, para la buena praxis en el HSFQ y una buena calidad en todos los procedimientos.

Durante los 5 primeros meses de la apertura del hospital, la actividad asistencial fue muy baja, debido principalmente a la falta de equipamiento e insumos, solo las Consultas Externas, Laboratorio Clínico, Radiología y Farmacia, tenían un nivel de actividad aceptable.

Así, durante estos 5 meses, se planteó que todo el personal sanitario fuera elaborando protocolos de sus respectivas áreas, basándose eviden-

DOCUMENTO	DOCUMENTO ENVIADO	INTRANET
PG - de acceso a la documentación clínica	06/07/2012	Si
IT- gestión de caídas	30/07/2012	Si
IT - uso de antibióticos restringidos	14/08/2012	Si
IT - actuación de los vigilantes de seguridad	24/08/2012	Si
IT - registro de la información para la programación qx	30/08/2012	Si
IT - recepción y entrega de cadáveres	03/09/2012	Si
IT - registro de intervenciones suspendidas programadas	05/09/2012	Si
IT - registro de pacientes en leq	05/09/2012	Si
IT- parada cardiorespiratoria	07/11/2012	Si
IT - actividad externalizada	16/11/2012	Si
PG - petición de cambio (tic's)	18/01/2013	Si
PG - asistencia técnica (tic's)	18/01/2013	Si
PG - petición de servicio (tic's)	18/01/2013	Si
IT - gestión de lista de espera quirúrgica (leq)	28/01/2013	Si
MA - manual de funcionamiento de esterilización	08/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento de hospitalización qx	22/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento de hospitalización clínica	23/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento de imagen	24/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento de laboratorio clínico	25/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento obstétrico	26/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento quirúrgico	27/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento emergencia	28/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento uci	29/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento ccee	30/03/2013	Si
MA - manual de funcionamiento neonatos	31/03/2013	Si
MA-manual de funcionamiento obstétrico	01/04/2013	Si
MA-manual de funcionamiento gineco-pediatría	02/04/2013	Si
IT-nutrición parenteral	03/04/2013	Si
DE - políticas de seguridad de tic's	10/04/2013	Si
IT - limpieza y condiciones medioambientales del cpd (tic's)	10/04/2013	Si
PG - gestión de backups de servidores (tic's)	10/04/2013	Si
PG - respaldo de la información de usuario (tic's)	10/04/2013	Si
MA - manual de funcionamiento de la comisión de dirección - staff	19/04/2013	Si
IT - infliximab	22/04/2013	Si
Manual de appcc	25/04/2013	Si
IT - prácticas correctas de higiene	25/04/2013	Si
IT - incentivos y productividad	15/05/2013	Si
PG - evaluación de riesgos (tic's)	22/05/2013	Si
Estrategias de recuperación y continuidad(tic's)	22/05/2013	Si
Plan de recuperación de desastres(tic's)	22/05/2013	Si
Análisis del impacto al negocio(tic's)	22/05/2013	Si
PG - de gestión de la continuidad(tic's)	22/05/2013	Si
Plan de comunicación interna 2013 - hsfq	27/05/2013	Si
IT - manejo interno de desechos sólidos ambientales	11/06/2013	Si
Plan de manejo ambiental	11/06/2013	Si
IT - buenas prácticas ambientales	11/06/2013	Si
IT - uso de ascensores	11/06/2013	Si
Plan de manejo ambiental aprobado por la secretaría de ambiente	11/06/2013	Si
IT - cultivos de ambientes	12/06/2013	Si
IT - gestión de certificados médicos	18/06/2013	Si
PG - niveles de servicio de tic's	02/07/2013	Si
Acuerdo de nivel de servicio de tic's	02/07/2013	Si
Catálogo de servicios de tic's	02/07/2013	Si
IT - calidad de la historia clínica	02/10/2013	No

Tabla 2-7. Otros documentos de apoyo desarrollados dentro del sistema documental del HSFQ.

temente en la Cartera de Servicios elaborada por el Equipo Directivo Asesor y consensuada con los Coordinadores Asistenciales, en función del nivel del Hospital (nivel 2) y la dotación de equipamiento.

Para valorar el seguimiento de la elaboración de estos protocolos, desde el Equipo Directivo Asesor, se solicitó a los Coordinadores Asistenciales se entregara toda la documentación que se había elaborado hasta 2012-05-30.

Del listado que se describe a continuación, se envió al Equipo Directivo Asesor, desde las diferentes áreas asistenciales una cantidad de estos protocolos por parte de los profesionales. Con esta información, se elaboró un listado que consta de 267 protocolos y desglosados por área (**Tabla 3-7 A, B, C, D, E, F y G**).

Una vez revisado los formatos de los protocolos, consideramos conjuntamente con la Dirección Administrativa (Gerencia) del centro, el homologar el formato para todos y cada uno de ellos, y así ser más operativos y amigables a la hora de trabajar, cuestión que no se había logrado en un primer paso [94].

Se decide conjuntamente con todas las partes implicadas del HSFQ, pasar todos los protocolos al mismo formato y cada uno de ellos debería incluir la firma de la persona o personas que los elaboraran, revisaran y aprobaran.

Se planteó desde el Equipo Directivo Asesor, la implantación de un circuito, para la recepción e inclusión en el listado oficial de protocolos del HSFQ.

El procedimiento es el siguiente:

1. El protocolo es elaborado en el formato oficial por las personas implicadas en el mismo, con firma en el documento.
2. Dicho protocolo es revisado por el Responsable de Servicio, con firma en el documento.
3. El protocolo es nuevamente revisado por el Coordinador Asistencial del Área, con firma en el documento.
4. El protocolo es enviado a los Directores

Asistenciales Asesores, por parte de los Coordinadores Asistenciales por correo electrónico en formato digital.

5. Los Directores Asistenciales Asesores revisan el documento en su forma y asegurando que están las firmas de todos los implicados.

6. Desde el Equipo Directivo Asesor se remiten al Gerente Asesor y este a la Dirección Administrativa del Centro para su aprobación.

Muchos de los protocolos del primer listado, se han completado, vuelto a revisar, e incluso cambiado el nombre del mismo, con el fin de ir adecuando y ordenando la documentación recibida.

A fecha 2012-12-31, se disponía de 64 protocolos de las distintas especialidades, los cuales han seguido adecuadamente el procedimiento propuesto.

Se realiza un cuadro de todos estos protocolos, en los que consta:

- Código, inicio de las siglas de la especialidad y numeración consecutiva.
- Nombre del protocolo.
- Elaborado por.
- Revisado por.

El listado que pasamos a detallar a continuación, contiene los protocolos que han sido desarrollados según el procedimiento descrito de los 267 iniciales, los cuales además, se comenzaron a clasificar y codificar por especialidades (**Tablas 4-7 a 15-7**).

Llegados a este punto, el hospital contaba con un sistema documental muy completo, exclusivo de cualquier centro hospitalario ecuatoriano, e incluso de muchos hospitales europeos. El objetivo consistió en crear una tendencia con el fin de cubrir todo el espectro documental del hospital: Asistencial, no asistencial y organizativa o de gestión.

A partir de este momento cualquier profesional del centro, tendría una referencia documental para poder ejecutar, en caso de dudas, cualquier actividad del centro.

A.

Nº	SERVICIO	PROTOCOLO
1	UCI	Criterios de ingreso a UCI
2	UCI	Dilución de medicación parenteral
3	UCI	Protocolo Síndrome del Distres Respiratorio
4	UCI	Síndrome HELL
5	UCI	Neumonía nosocomial a UCI
6	UCI	Preeclampsia-Eclampsia
7	UCI	Cetoacidosis final
8	UCI	Sedoanalgesia y Delirio
9	UCI	Destete ventilación mecánica
10	UCI	Manejo vía aérea
11	UCI	Neumonía comunitaria grave (NACG)
12	UCI	Sepsis severa y choque séptico
13	UCI	Síndrome coronario agudo
14	UCI	Reanimación cardiopulmonar (RCP)
15	Quirófano	Flujo De Pacientes Quirúrgicos
16	ORL	Rinosinusitis aguda en la edad pediátrica
17	ORL	Otitis externa aguda
18	ORL	Faringoamigdalitis aguda
19	ORL	Otitis media aguda
20	ORL	Rinitis Alérgica
21	Oftalmología	GPC para el manejo del Glaucoma Primario de Ángulo Abierto
22	Oftalmología	GPC para el Manejo del Glaucoma Primario de Ángulo Cerrado
23	Oftalmología	GPC Sospecha de Glaucoma
24	Oftalmología	Guía cálculo de poder del L.I.O. en cirugía refractiva previa
25	Oftalmología	Guía ectasias corneales
26	Oftalmología	Guía de manejo de la degeneración macular relacionada con la edad -Neovascularización coroide-
27	Oftalmología	GPC para el manejo de la retinopatía diabética
28	Oftalmología	Guía ectropión involucional del párpado inferior
29	Oftalmología	GPC para el manejo de la dacriostenosis baja congénita
30	Oftalmología	Guía de ambliopía
31	Oftalmología	Guía clínica de retinopatía de la prematuridad
32	Oftalmología	GPC para el manejo de la catarata en el adulto
33	Oftalmología	GPC para el manejo de los defectos refractivos con Lasik, PRK o Lasek
34	Oftalmología	GPC para la prevención de la ceguera
35	Laboratorio Patológico	Recepción Y Entrega De Cadáveres
36	Laboratorio Clínico	Recogida De Muestras De Hospitalización y Emergencias
37	Emergencias	Violencia
38	Emergencias	Anafilaxia
39	Emergencias	Agitación
40	Emergencias	Lesiones Ortopédicas
41	Emergencias	Cadáveres
42	Emergencias	Cefalea

B.

Nº	SERVICIO	PROTOCOLO
43	Emergencias	Diarrea
44	Emergencias	Debilidad
45	Emergencias	Disnea
46	Emergencias	Dolor
47	Emergencias	Dolor Abdominal
48	Emergencias	Dolor Torácico
49	Emergencias	Estado Confusional Agudo
50	Emergencias	Faringoamigdalitis
51	Emergencias	Intubación endotraqueal
52	Emergencias	Lumbalgia
53	Emergencias	Nivel de conciencia alterado-coma
54	Emergencias	RCP Adulto
55	Emergencias	Sangrado Digestivo
56	Emergencias	Sepsis
57	Emergencias	Síndrome Coronario
58	Emergencias	Trauma múltiple
59	Emergencias	Protocolos Fiebre, Convulsiones
60	Cirugía General	Hernia inguinal
61	Cirugía General	Dolor Abdominal
62	Cirugía General	Colangitis
63	Cirugía General	Algoritmo absceso isquiorrectal
64	Cirugía General	Ictericia
65	Cirugía General	Pancreatitis
66	Cirugía General	Guía manejo quirúrgico de la obesidad
67	Cirugía General	Hemorroides
68	Cirugía General	Úlcera
69	GIN-OBST	Incontinencia urinaria femenina
70	GIN-OBST	Componente materno neonatal
71	Laboratorio Clínico	Coprocultivos
72	Laboratorio Clínico	Manual De Bioseguridad Y Eliminación De Desechos
73	Laboratorio Clínico	Manual De Procedimientos De Química
74	Laboratorio Clínico	Manual Procedimiento Hematología
75	Laboratorio Clínico	Procedimiento Aglutinaciones Febriles
76	Laboratorio Clínico	Procedimiento De Emergencia Y Hospitalización
77	Laboratorio Clínico	Procedimiento De Toma Gasometría
78	Laboratorio Clínico	Procedimiento Toma Ambientes
79	Laboratorio Clínico	Procedimiento Toma Superficies
80	Laboratorio Clínico	Procedimientos VDRL HSFG
81	Laboratorio Clínico	Proceso Citología (Fresco y GRAM)

C.

Nº	SERVICIO	PROTOCOLO
	nico	
82	Laboratorio Clí-nico	Proceso coloraciones
83	Laboratorio Clí-nico	Proceso cultivo de hongos
84	Laboratorio Clí-nico	Proceso cultivo de secreción vaginal final
85	Laboratorio Clí-nico	Proceso cultivo faríngeo
86	Laboratorio Clí-nico	Proceso Cultivos de esputo
87	Laboratorio Clí-nico	Proceso espermatoograma final
88	Laboratorio Clí-nico	Urianálisis Manual Procedimiento
89	Laboratorio clí-nico	Urianálisis Manual Procedimiento
90	Diagnóstico por imagen	Preparación de paciente para estudio de Tomografía
91	Diagnóstico por imagen	Volúmenes de inyección de medios de contraste
92	Diagnóstico por imagen	Impresión formato placas
93	Diagnóstico por imagen	Procedimientos de tomografía
94	Diagnóstico por imagen	Procedimientos especiales
95	Medicina Inter-na	P. HTA
96	Medicina Inter-na	P. lumbago-lumbociatralgia
97	Medicina Inter-na	P. Infecciones urinarias
98	Medicina Inter-na	P. manejo y diagnóstico de diabetes
99	Medicina Inter-na	Protocolo de chequeo prequirúrgico
100	Genérico	Preparación sedación endoscopia
101	Genérico	Preparación para procedimientos endoscópicos: digestiva alta y baja y broncoscopia
102	Genérico	Preparación del paciente para ergometría
103	Genérico	Preparación del paciente para holter-mapeo
104	Genérico	Realización de electrocardiograma
105	Genérico	Administración vacunas pediátricas
106	Genérico	P. De Lavado De Manos
107	Genérico	Control de signos vitales y antropometría
108	Genérico	P. Canalización, Mantenimiento Y Uso De La Vía Venosa Periférica
109	Genérico	P. Para La Administración De Sangre Y Sus Derivados
110	Genérico	P. De Ingesta Y Eliminación
111	Genérico	P. Colocación De Sonda Vesical
112	Genérico	P. Inserción Y Mantenimiento De Sonda Nasogástrica
113	Genérico	P. Entrega Y Recepción Del Turno

D.

Nº	SERVICIO	PROTOCOLO
114	Genérico	P. Ingreso De Paciente
115	Genérico	P. Alta Hospitalaria
116	Genérico	P. Administración De Medicamentos
117	Genérico	P. Recolección De Muestras De Laboratorio
118	Genérico	P. De Curación De Heridas
119	Genérico	P. Preparación De Preoperatoria
120	Genérico	P. Recepción Del Paciente Postoperatorio
121	Genérico	P. Oxigenoterapia
122	Genérico	P. Fisioterapia Respiratoria
123	Genérico	P. Aspiración de Secreciones Oro Y Nasofaríngeas
124	Genérico	Protocolos Clínicos De Pediatría
125	Genérico	P. Enfermedad Diarreica Aguda
126	Genérico	P. De Pacientes Con Encefalitis
127	Genérico	P. Pacientes Con Crup Viral
128	Genérico	P. Pacientes Con Bronquiolitis
129	Genérico	P. Pacientes Con Hepatitis A
130	Genérico	P. Pacientes Con Dg. De Asma
131	Genérico	P. Pacientes Con Neumonía
132	Genérico	P. Pacientes Con Apendicitis
133	Genérico	P. Pacientes Con Meningitis Bacteriana
134	Genérico	Protocolos Clínicos De Gineco-Obstetricia
135	Genérico	P. Masaje Uterino
136	Genérico	P. Hiperémesis Grávida
137	Genérico	P. Anemia Ferropénica
138	Genérico	P. Infección de Vías Urinaria
139	Genérico	P. Pielonefritis
140	Genérico	P. El Aborto
141	Genérico	P. Ovito Fetal
142	Genérico	P. Tromboflebitis
143	Genérico	P. Diabetes Gestacional
144	Genérico	P. Hipertensión Inducida Por El Embarazo
145	Genérico	P. Impregnación Con Sulfato De Magnesio
146	Genérico	P. Post Parto
147	Genérico	P. Post Cesárea
148	Genérico	P. Hemorragia Post Parto Mediato Y Tardío
149	Genérico	P. Infecciones Puerperales
150	Genérico	P. Endometritis Trofoblástica Gestacional
151	Genérico	P. Embarazo Ectópico
152	Genérico	P. Miomatosis Uterina
153	Genérico	P. Post Histerectomía
154	Genérico	P. Placenta Previa
155	Genérico	P. Hernias Vaginales
156	Genérico	P. Rotura Prematura De Membranas
157	Genérico	P. Ingreso Del Rn Sano A La Unidad De Obstetricia
158	Genérico	P. Egreso Del Rn Y Su Madre

F.

Nº	SERVICIO	PROTOCOLO
198	Traumatología	Luxación de articulación de hombro
199	Traumatología	Luxación Glenohumeral
200	Traumatología	Luxación acromioclavicular
201	Traumatología	Luxación esternoclavicular
202	Traumatología	Lesiones traumáticas del codo
203	Traumatología	Fractura de huesos del antebrazo
204	Traumatología	Fractura de los huesos del carpo : fractura del escafoides
205	Traumatología	Fractura de los metacarpianos
206	Traumatología	Fractura de las falanges
207	Traumatología	Esguince y luxación de muñeca
208	Traumatología	Luxación metacarpo falángica e interfalángica
209	Traumatología	Lesiones tendinosas de la mano
210	Traumatología	Lesiones de los nervios de la mano
211	Traumatología	Fractura de pelvis
212	Traumatología	Fractura de acetábulo
213	Traumatología	Luxación de cadera
214	Traumatología	Fracturas intertrocantéricas
215	Traumatología	Fracturas subtrocantéricas
216	Traumatología	Fractura cervical de fémur
217	Traumatología	Fractura de la diáfisis del fémur
218	Traumatología	Fractura supra e intercondilea de fémur
219	Traumatología	Fractura de rotula
220	Traumatología	Lesiones meniscales
221	Traumatología	Lesiones ligamentarias y luxación de rodilla
222	Traumatología	Fractura de la espina tibial o eminencia intercondilea
223	Traumatología	Lesiones condrales o de cartílago de rodilla
224	Traumatología	Fracturas de meseta o platillo tibial
225	Traumatología	Fractura de meseta o pilón tibial
226	Traumatología	Fractura de diáfisis de tibia
227	Traumatología	Fractura de tuberosidad anterior de la tibia y ruptura de tendón cuadriceps o patelar
228	Traumatología	Fractura de tobillo
229	Traumatología	Esguince de tobillo
230	Traumatología	Fractura de calcáneo
231	Traumatología	Fractura de astrágalo
232	Traumatología	Fractura de los metatarsianos
233	Traumatología	Fractura de las falanges
234	Traumatología	Luxación de la articulación Lisfranc
235	Traumatología	Lesiones traumáticas del tendón de Aquiles
236	Traumatología	Fracturas expuestas
237	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de clavícula
238	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: luxaciones acromioclaviculares
239	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la diáfisis y extremo proximal del húmero
240	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura del húmero

G.

Nº	SERVICIO	PROTOCOLO
		distal
241	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura del cóndilo lateral
242	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la epitroclea
243	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: cóndilo medial
244	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura supracondilea
245	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: luxación de codo
246	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura metafisaria y epifisaria del olecranon
247	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de cabeza y cuello radial
248	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fracturas de Monteggia y Galeazzi
249	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de cadera
250	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: luxaciones traumáticas de cadera
251	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la diáfisis femoral
252	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de epífisis femoral distal
252	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de rótula
254	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la eminencia intercondilea tibial
255	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la tuberosidad tibial
256	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura osteocondral
257	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: lesiones en rodilla flotante
258	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de tibia y peroné
259	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la epífisis proximal de la tibia
260	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la diáfisis tibial y perónea
261	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de la epífisis distal de la tibia y peroné
262	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura osteocondral del astrágalo
263	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura del cuello astragalino
264	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura del calcáneo
265	Traumatología	Lesiones traumáticas en niños y adolescentes: fractura de los metatarsianos y falanges
266	Urología	Litiasis Urinaria
267	Urología	Hiperplasia Prostática

Tabla 3-7 A, B, C, D, F, G. Listado inicial de protocolos asistenciales desarrollados.

PROTOCOLOS PEDIATRIA				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CODIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	PED-001	IT. MANUAL DE FUNCIONES DEL PERSONAL MEDICO DEL SERVICIO DE PEDIATRIA	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	PED-002	IT. GUIA MANEJO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	N.O.P.D.	N.O.P.D.
3.-	PED-003	IT. GUIA DE MANEJO DEL CRUP	N.O.P.D.	N.O.P.D.
4.-	PED-004	IT. GUIA DE MANEJO DE IVU	N.O.P.D.	N.O.P.D.
5.-	PED-005	IT. GUIA DE MANEJO DE GASTROENTERITIS AGUDA	N.O.P.D.	N.O.P.D.
6.-	PED-006	IT. GUIA DE MANEJO DE DESHIDRATACION	N.O.P.D.	N.O.P.D.
7.-	PED-007	IT. GUIA DE MANEJO DE CRISIS ASMATICA	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 4-7. *Protocolos de pediatría desarrollados.*

PROTOCOLOS OTORRINO				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
N°	CODIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	OTO-001	IT. RINOSINUSITIS AGUDA	SERVICIO DE OTORRINO-LARINGOLOGIA	N.O.P.D.
2.-	OTO-002	IT. OTITIS MEDIA AGUDA	SERVICIO DE OTORRINO-LARINGOLOGIA	N.O.P.D.

Tabla 5-7. Protocolos de ORL desarrollados.

PROTOCOLOS OFTALMOLOGIA				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
N°	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	OFTAL-001	CATARATA DE ADULTOS	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	OFTAL-002	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEGUERA	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 6-7. Protocolos de oftalmología desarrollados.

PROTOCOLOS NEUMOLOGIA				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
N°	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	PR-NEU-01	GUIA MANEJO ASMA BRONQUIAL	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	PR-NEU-05	GUIA DE MANEJO DE EPID	N.O.P.D.	N.O.P.D.
3.-	PR-NEU-06	GUIA DE MANEJO DE FIBRIOSIS PULMONAR	N.O.P.D.	N.O.P.D.
4.-	PR-NE11	GUIA DE MANEJO DE TUBERCULOSIS	N.O.P.D.	N.O.P.D.
5.-	PR-NEUM-02	GUIA DE MANEJO DE BRONQUITIS AGUDA	N.O.P.D.	N.O.P.D.
6.-	PR-NEUMO-09	GUIA DE MANEJO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 7-7. Protocolos de neumología desarrollados.

PROTOCOLOS MEDICINA TRANSFUSIONAL				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	MT-001	PROTOCOLO PARA LA PROMOCIÓN, CAPACITACIÓN Y DONACIÓN DE SANGRE	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	MT-002	MANUAL DE BIOSEGURIDAD Y ELIMINACIÓN DE DESECHOS INFECCIOSOS	N.O.P.D.	N.O.P.D.
3.-	MT-003	TIPIFICACION ABO/RH Y COOMBS DIRECTO EN RN-MICROTYPING SYSTEM	N.O.P.D.	N.O.P.D.
4.-	MT-004	TRANSPORTE DE HEMOCOMPONENTES DEL BANCO DE SANGRE DEL HCAM AL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL DEL HSFQ	N.O.P.D.	N.O.P.D.
5.-	MT-005	PROGRAMA DE HEMOVIGILANCIA	N.O.P.D.	N.O.P.D.
6.-	MT-006	TIPIFICACION ABO/RH DIRECTO E INVERSO EN MICRO TYPING SYSTEM	N.O.P.D.	N.O.P.D.
7.-	MT-007	SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL DEL HSFQ AL BANCO DE SANGRE DEL HCAM	N.O.P.D.	N.O.P.D.
8.-	MT-008	VALIDACION DE HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS AL BANCO DE SANGRE DEL HCAM	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 8-7. *Protocolos de medicina transfusional desarrollados.*

PROTOCOLOS MEDICINA FAMILIAR				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CODIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	MF-001	IT. NORMATIVA PARA ROTULACION	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	MF-002	IT. NORMATIVA LAVADO DE MANOS	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 9-7. *Protocolos de medicina familiar desarrollados.*

PROTOCOLOS LABORATORIO				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CODIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	LAB-001	REALIZACIÓN DE CULTIVOS DE HONGOS	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	LAB-002	REALIZACIÓN DE CULTIVO DE SECRECIÓN FARINGEA	N.O.P.D.	N.O.P.D.
3.-	LAB-003	REALIZACIÓN DE CULTIVO DE ESPUTO	N.O.P.D.	N.O.P.D.
4.-	LAB-004	REALIZACIÓN DE CO-PROCULTIVOS	N.O.P.D.	N.O.P.D.
5.-	LAB-005	GRAM-FRESCO DE SECRECIÓN VAGINAL	N.O.P.D.	N.O.P.D.
6.-	LAB-006	CULTIVO SECRECIÓN VAGINAL	N.O.P.D.	N.O.P.D.
7.-	LAB-007	CULTIVOS DE AMBIENTES	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 10-7. *Protocolos de laboratorio desarrollados.*

PROTOCOLOS ENDOSCOPIA				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	ENDOS-001	SANGRADO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	ENDOS-002	SANGRADO DIGESTIVO ALTO VARICEAL	N.O.P.D.	N.O.P.D.
3.-	ENDOS-003	SEDACIÓN EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 11-7. *Protocolos de endoscopia desarrollados.*

PROTOCOLOS EMERGENCIA				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CODIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	EMER-001	IT. MANEJO INICIAL PACIENTE POLITRAUMATIZADO	MEDICOS DEL SERVICIO	N.O.P.D.
2.-	EMER-002	IT. DOLOR ABDOMINAL	MEDICOS DEL SERVICIO	N.O.P.D.
3.-	EMER-003	IT. PACIENTE VIOLENTO	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
4.-	EMER-004	IT. CONVULSIONES	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
5.-	EMER-005	IT. FARINGOAMIGDALITIS	MEDICOS DEL SERVICIO	N.O.P.D.
6.-	EMER-006	IT. TRAUMA CRANEOENCEFALICO	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
7.-	EMER-007	IT. DEBILIDAD	MEDICOS DEL SERVICIO	N.O.P.D.
8.-	EMER-008	IT. FIEBRE	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
9.-	EMER-009	IT. DIARREA	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
10.-	EMER-010	IT. NEUMONIA	MEDICOS DEL SERVICIO	N.O.P.D.
11.-	EMER-011	IT. DISNEA	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
12.-	EMER-012	IT. LUMBALGIA	MEDICOS DE EMERGENCIA	N.O.P.D.
13.-	EMER-013	IT. SHOCK	MEDICOS DEL SERVICIO	N.O.P.D.

Tabla 12-7. Protocolos de emergencia desarrollados.

PROTOCOLOS GENERICOS				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	GEN-001	ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
2.-	GEN-002	COLOCACIÓN Y MANEJO DE ENEMA EVACUANTE	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
3.-	GEN-003	CUIDADO Y MANEJO DE SONDA NASOGÁSTRICA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
4.-	GEN-004	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ASEO PERINEAL	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
5.-	GEN-005	CUIDADOS Y MANEJO POSTMORTEM	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
6.-	GEN-006	INFORMES DE ENFERMERÍA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
7.-	GEN-007	INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE CATÉTER CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
8.-	GEN-008	MANEJO DE MATERIAL ESTERIL	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
9.-	GEN-009	MANEJO Y CONTROL DE INGESTA Y EXCRETA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
10.-	GEN-010	MECANICA CORPORAL	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
11.-	GEN-011	OXIGENOTERAPIA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
12.-	GEN-012	PREPARACIÓN MANEJO Y CUIDADOS	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
13.-	GEN-013	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR (R.C.P.)	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
14.-	GEN-014	PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
15.-	GEN-015	PROCEDIMIENTO TENDIDO DE CAMA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
16.-	GEN-016	TIPOS DE AISLAMIENTO	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
17.-	GEN-017	TOMAS DE MUESTRAS	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
18.-	GEN-018	TOMA DE CONSTANTES VITALES	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
19.-	GEN-019	TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
20.-	GEN-020	CUIDADOS A PACIENTES CON HIPOTERMIA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
21.-	GEN-021	CUIDADO A PACIENTES CON HIPERTERMIA	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
22.-	GEN-022	COLOCACIÓN Y CUIDADO DE SONDA FOLEY	COMISIÓN DE CUIDADOS	N.O.P.D.
23.-	GEN-023	PROTOCOLO DE SIGNOS VITALES	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 13-7. Protocolos genéricos desarrollados.

PROTOCOLOS UTI				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	UTI-001	NEUMONIA COMUNI-TARIA GRAVE	N.O.P.D.	N.O.P.D.
2.-	UTI-002	PROTOCOLO DE MA-NEJO DE LA VIA AE-REA	N.O.P.D.	N.O.P.D.

Tabla 14-7. *Protocolos UTI (Unidad de Terapia Intensiva) desarrollados.*

PROTOCOLOS CIRUGIA				
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO				
Nº	CÓDIGO	NOMBRE	ELABORADO POR	REVISADO POR
1.-	CIRU-001	IT. DOLOR ABDOMINAL	SERVICIO DE CIRUGIA HSFQ	N.O.P.D.
2.-	CIRU-002	IT. MANEJO QUIRUR-GICO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS	SERVICIO DE CIRUGIA HSFQ	N.O.P.D.
3.-	CIRU-003	IT. HERNIA INGUINAL	SERVICIO DE CIRUGIA HSFQ	N.O.P.D.

Tabla 15-7. *Protocolos de cirugía desarrollados.*

7.1.3. DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS: CUADROS DE MANDO DE PROCESOS

El trabajo relacionado con el desarrollo de los CMP (Cuadros de Mando de Procesos) y estudio de los indicadores hasta la entrega del Manual de Cuadros de Mando de Procesos a la Dirección Administrativa, fue un trabajo paralelo al desarrollo documental e implantación de los procesos, ya que no podía ser de otra manera, puesto que los indicadores deben estar relacionados y midiendo las actividades de los propios procesos [9].

En esta fase el problema encontrado, es que el HSFQ debía enviar con carácter mensual una serie de datos epidemiológicos a estamentos superiores del IESS y otros entes de la administración, que no eran sencillos de obtener debido a los sistemas de información, primero AS-400 (antiguo sistema) y posteriormente con el X-HIS (nuevo sistema), los cuales dieron los problemas normales de una transición de sistemas de información.

La dedicación a estos datos, no importantes para la gestión del HSFQ, la poca disposición de los recursos tanto humanos como materiales del

área de control de gestión o estadística propuesta, y la baja formación del personal, fueron los principales problemas en la implantación de gestión por datos e indicadores.

La gestión por procesos tienen un objetivo muy claro: “Demostrar la capacidad de las actividades que se realizan o desarrollan en una organización” [56]. Esto es, y sólo puede ser, mediante sistemáticas de seguimiento y sobre todo, medición.

Para dar cumplimiento a este objetivo, la herramienta elegida son los indicadores, gestionados a través del desarrollo de cuadros de mando.

Una vez conocidos los procesos que formaban nuestro hospital, descritas las actividades incluidas en cada uno de los procesos, quedaba establecer los indicadores que podían medir estas actividades en particular, y los procesos en general, con el fin de conocer cómo hacemos las cosas.

Esta herramienta permite eliminar los términos “bien” y “mal”, puesto que ahora el objetivo es obtener un dato que comparado con una referencia nos permita obtener conclusiones de si las actividades las podemos hacer “mejor”, o hay que “prevenir” o “corregir”.

Para cada uno de los procesos se diseñó y desarrolló un Cuadro de Mando de Proceso (CMP). El objetivo era que cada uno de estos CMP's, incluyera los indicadores que pudieran demostrar que ese proceso “trabajaba” bien en todos sus aspectos: eficiencia, productividad, calidad, seguridad, costes, etc.

Para cada uno de los indicadores incluidos en los cuadros de mando de procesos, se definieron una serie de elementos, estos elementos debían, al igual que el resto de datos del Manual de Cuadros de Mando de Procesos, ser revisados y aprobados por los responsables del hospital:

- **Indicador.** Describe de manera concreta cual es el dato que se quiere obtener o la información a medir. Puede segmentarse, por ejemplo por especialidades, categorías varias, etc.
- **Justificación.** describe el “por qué” es necesario medir dicho dato u obtener esa información.Cuál es el objetivo y para qué sirve.

- **Forma de cálculo.** Describe la sistemática a seguir por la organización para la obtención del indicador. Generalmente se incluye la forma de cálculo y la sistemática de manipulación de los datos para la obtención de los indicadores.
- **Periodo de medición.** Establece la periodicidad de obtención del dato, no el registro del mismo. Define cada cuanto hay que presentar este dato como información de la gestión del proceso. Esta periodicidad puede depender de aspectos como la frecuencia de registro u obtención, recursos disponibles, etc.
- **Responsable de medición.** Define la persona que debe encargarse de que el indicador se encuentre perfectamente implantado en su medida y seguimiento, es la que lo pone a disposición del hospital. Puede o no coincidir con el responsable de medirlo u obtenerlo, pero no es lo común.
- **Criterio de alarma.** Elemento que define y orienta a la organización respecto de las tendencias de los indicadores. Ayuda a tenerlos vigilados y a la toma de decisiones en los procesos de análisis de datos. Debe considerarse no como un objetivo organizativo ni de gestión, sino como la referencia de ese dato de manera aislada, lo que no tiene por qué coincidir en su significado una vez que se analiza en el conjunto del proceso, o de la organización. Estos datos no se han incluido en ninguno de los CMP porque se considera deben ser establecidos en base a la actividad del HSFQ por los propios responsables.

El Equipo Directivo Asesor presentó un “Manual de Cuadros de Mando de Procesos” en el que se incluyeron las propuestas de CMP con los indicadores que se deberían implantar [95].

Este Manual de Cuadros de Mando de Procesos presentado constaba de los 34 procesos, con sus respectivos sub-procesos, y un total de 302 indicadores, con sus respectivas segmentaciones, que en ocasiones multiplican el número de datos a obtener de manera considerable (Tabla 16-7).

Una vez que el Manual de Cuadros de Mando de Procesos fue desarrollado por el Equipo Directivo Asesor, y previa validación de algunos de

CÓDIGO	PROCESOS- SUBPROCESOS	INDICADO-RES	TOTALES INDICADO-RES	TIPO DE PROCE-SOS												
PROe-HSFQ-01	GESTIÓN DE LA MEJORA		71	ESTRATÉ- GICOS												
	Auditorías	2														
	No conformidades/Acciones de mejora	2														
	Gestión de Sistemas de Calidad	1														
PROe-HSFQ-02	GESTIÓN DEL LIDERAZGO				71	ESTRATÉ- GICOS										
	Acuerdo de Gestión	2														
	Comisiones / Comités técnicos/Grupos de trabajo	3														
	Plan Estratégico - Objetivos	3														
PROe-HSFQ-03	COMUNICACIÓN Y MARKETING						71	ESTRATÉ- GICOS								
	Comunicación Interna	2														
	Comunicación Externa	3														
PROe-HSFQ-04	VOZ DEL USUARIO								71	ESTRATÉ- GICOS						
	Satisfacción de los Usuarios	3														
	Gestión de Reclamaciones	6														
PROe-HSFQ-05	FORMACIÓN										71	ESTRATÉ- GICOS				
	Sub-proceso de Planificación de la Formación	14														
	Sub-proceso de Desarrollo de la Formación	9														
PROe-HSFQ-06	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN												71	ESTRATÉ- GICOS		
	Investigación	4														
	Docencia	4														
PROe-HSFQ-07	SALUD OCUPACIONAL	7	71	ESTRATÉ- GICOS												
PROe-HSFQ-08	RECURSOS HUMANOS	6														
PROc-HSFQ-01	SERVICIO Y ATENCIÓN SOCIAL	8													60	CLAVE
PROc-HSFQ-02	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	10														
PROc-HSFQ-03	PUNTOS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	0														
PROc-HSFQ-04	URGENCIAS	17														
PROc-HSFQ-05	PROCESO DE CCEE	9														
PROc-HSFQ-06	HOSPITALIZACIÓN	10														
PROc-HSFQ-07	ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN - CUIDADOS INTENSI- VOS	6														
PROl-HSFQ-01	QUIRURGICO	13			34	TRATA- MIENTO										
PROl-HSFQ-02	MANEJO Y USO DE LA SANGRE	8														
PROl-HSFQ-03	FARMACIA	13														
PROd-HSFQ-01	DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	10			26	DIAGNOSTI- CO										
PROd-HSFQ-02	LABORATORIO CLÍNICO	9														
PROd-HSFQ-03	PRUEBAS ESPECIALES	2														
PROd-HSFQ-04	ANATOMÍA PATOLÓGICA	5														
PROs-HSFQ-01	GESTIÓN FINANCIERA				109	SOPORTE										
	Subproceso de contabilidad y presupuesto	5														
	Subproceso de facturación y costos	2														
	Subproceso de recaudación y pagos	2														
PROs-HSFQ-02	GESTIÓN DOCUMENTAL		109	SOPORTE												
	Control Documental	3														
	Archivo y reproducción de documentos	2														
PROs-HSFQ-03	COMPRAS Y SUBCONTRATACIONES	6					109	SOPORTE								
PROs-HSFQ-04	ASESORÍA JURÍDICA	0														
PROs-HSFQ-05	LOGÍSTICA								109	SOPORTE						
	Subproceso de Transporte (No sanitario)	4														
	Subproceso de mortuorio	2														
	Subproceso de mensajería	4														
PROs-HSFQ-06	ATENCIÓN HOSTELERA										109	SOPORTE				
	Subproceso de dietética y nutrición (Cocinas)	5														
	Subproceso de limpieza	4														
	Subproceso de lavandería	8														
PROs-HSFQ-07	GESTIÓN AMBIENTAL	3											109	SOPORTE		
PROs-HSFQ-08	CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN															
	Subproceso de medicina preventiva	3														
	Subproceso de esterilización	7														
	PROs-HSFQ-09	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN													27	
PROs-HSFQ-10	SEGURIDAD Y VIGILANCIA	4														
PROs-HSFQ-11	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	13														
PROs-HSFQ-12	ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN	5														

Tabla 16-7. Número de indicadores por procesos y tipología de procesos.

INDICADORES DEL PROCESO DE ATENCIÓN URGENTE						
ID	INDICADOR	JUSTIFICACIÓN	FORMA DE CÁLCULO	PERÍODO MEDICIÓN	RBLE. MEDICIÓN	CRITERIO ALARMA
Nº	Total de urgencias recibidas en admisión de urgencias. Origen: • Externas • CCEE • Otros. NOTA: Este indicador no mide la atención.	Conocer el número de pacientes que han acudido al servicio de urgencias en un tiempo determinado. Conocer el origen de la atención urgente	Suma total del nº de pacientes que han acudido al servicio de urgencias y han dado sus datos para ser atendidos, siendo registrados en el servicio de admisión en el área de urgencias. Segmentación por origen.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	INFORMATIVO
Nº	Total de urgencias atendidas. Origen: • Externas • CCEE • Otros. NOTA: Este indicador no mide la admisión de urgencias, sino la atención	Conocer el número de atenciones urgentes que se han dado en el área en un tiempo determinado. Carga asistencial. Conocer el origen de la atención urgente	Suma total del nº de pacientes que han acudido al servicio de urgencias y han dado sus datos para ser atendidos, siendo registrados en el servicio de admisión en el área de urgencias. Segmentación por origen.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	INFORMATIVO
	Media de urgencias atendidas por día.	Conocer la atención media de urgencias por día. Carga asistencial. Ciclo de la demanda.	Media diaria de pacientes que han acudido al servicio de urgencias para ser atendidos, siendo registrados en el servicio de admisión de urgencias.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	INFORMATIVO
Nº	Total de urgencias ingresadas.	Conocer de qué manera afecta el proceso de emergencias al proceso de hospitalización en cuanto a la ocupación de camas y la programación y planificación de otros procesos.	Suma total del nº de pacientes que han sido atendidos en el servicio de urgencias y fueron ingresados en alguna unidad de hospitalización.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	
	Media de urgencias ingresadas por día.	Conocer de qué manera afecta el proceso de emergencias al proceso de hospitalización en cuanto a la ocupación de camas y la programación y planificación de otros procesos.	Media diaria de pacientes que habiendo acudido al servicio de urgencias, fueron ingresados en alguna unidad de hospitalización.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	
	Porcentaje de urgencias ingresadas.	Conocer de qué manera afecta el proceso de emergencias al proceso de hospitalización en cuanto a la ocupación de camas y la programación y planificación de otros procesos.	Proporción entre los ingresos realizados a través del servicio de urgencias y el nº de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	
	Presión de Urgencias	Conocer de manera orientativa, el % de camas que son utilizadas desde la emergencia, y tenerlo en cuenta para la planificación y programación de otros procesos.	Proporción entre los ingresos realizados a través del servicio de urgencias y los ingresos totales del hospital.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	<15%
	Nº de reingresos en urgencias en menos de 72 horas	Eficacia de las actuaciones en la emergencia.	Suma total de los pacientes que reingresan en el servicio de urgencia por el mismo motivo en un periodo inferior a 72 horas.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	<2%
	Tiempo medio de estancia en el área de urgencias.	Agilidad en la atención.	Tiempo medio de la totalidad de los pacientes que son atendidos en urgencias.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	<100 min
	Número y % de pacientes que permanecen un tiempo determinado en el área de urgencias. • Entre 0-60 min. • Entre 61 min.-120 min. • Entre 121 min.-180 min. • Entre 181 min.-240 min. • > de 240 minutos	Agilidad en la atención.	Sumatorio y cálculo en % de los pacientes que se encuentran en los rangos establecidos de tiempo de permanencia en el servicio de urgencias	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	+/- 10% en relación al nivel de prioridad
	Media de pacientes atendidos en el área de emergencias por facultativo/día.	Conocer la carga de trabajo de los profesionales de proceso.	Cálculo total de las emergencias producidas en el día, divididas por el número de profesionales médicos que han atendido la emergencia en ese día (no se contará el profesional de triaje)	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	INFORMATIVO
	Nº de urgencias derivadas: • HCAM • Otros centros IESS. • Otros centros	Conocer el grado de derivación y la sobrecarga producida a otros centros del IESS.	Cálculo de los pacientes que son admitidos en el área de emergencias y que por decisión clínica son derivados a otro recurso.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	INFORMATIVO
	Nº de éxitos en emergencias	Conocer el número de pacientes que fallecen en el área de emergencias. Calidad de la atención (según circunstancias), estado de los pacientes ingresados en el área.	Valor absoluto de los pacientes cuya defunción se produce en el área de emergencias.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	
INDICADORES DE TRIAJE:		Ayudan a evaluar y demostrar la eficacia y eficiencia de las actividades de triaje, paso básico en la agilidad del servicio de urgencias. Podemos decir que es uno de los aspectos clave de todo el proceso de urgencias.				
	Nº de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico.	Agilidad del triaje	Cálculo en porcentaje, del total de pacientes que una vez dados los datos en admisión de urgencias se han ido sin que sean vistos por el médico, del total de pacientes que han acudido al servicio de urgencias.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	<2%
	Tipología de pacientes según criterio de triaje. Nº de pacientes con criterios de prioridad: • Criterio 1 • Criterio 2 • Criterio 3 • Criterio 4 • Criterio 5	Conocer el perfil y los perfiles de los pacientes en base a los criterios de prioridad, que acuden al servicio de urgencias.	Se contabilizarán los pacientes que han acudido al servicio de urgencias y se les ha realizado el triaje, y se han clasificado según los diferentes criterios de prioridad.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	INFORMATIVO
	Tiempo desde la llegada al servicio de urgencias hasta la realización del triaje.	Agilidad del triaje	Cálculo del tiempo que se tarda de media desde que un paciente entrega los datos en la admisión de urgencias, hasta que es valorado en el triaje.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	<10 minutos
	Tiempo en ser atendido por el médico. Según criterio de prioridad: • Criterio 1 • Criterio 2 • Criterio 3 • Criterio 4	Agilidad de la primera asistencia	Tiempo medio, por cada uno de los niveles de prioridad detectados en el triaje, que espera el paciente, desde que se le realiza el triaje hasta que es atendido por el médico.	Mensualmente	Control de Gestión y Estadística	N.I<5 min. N.II<15 min. N.III<60 min. N.IV<120 min N.V<240 min.

Tabla 17-7. Ejemplo de Cuadro de Mando de Procesos del proceso de urgencias. Indicadores

los cuadros de mando, los cuales fueron medidos desde los inicios de las actividades en el hospital, este manual fue entregado a la Dirección Administrativa local, con el objetivo de revisarlo, aprobarlo e implantarlo. La Dirección Administrativa local, también procedió a entregar a los responsables asistenciales para su revisión y propuestas de modificaciones, cuestión que llevó su tiempo.

Junto al manual se entregaron y se dieron unas directrices para estas fases de ejecución.

Los CMP deberían ser analizados por los diferentes profesionales, responsables, coordinadores, etc, del HSFQ, validar su utilidad y necesidad. Además, desde el Ministerio de Salud se exigía la medición de ciertos datos e información, por lo que se debía también ver la complementación

de los indicadores propuestos, con estos datos de carácter obligatorio.

El Manual de Cuadros de Mando de Procesos debía incluir todos los indicadores necesarios para la organización.

Hubo procesos para los cuales no se terminaron los CMP, concretamente “Proceso de puntos de información al usuario” y proceso de “Asesoría jurídica”, que entendimos no se debían establecer, por no haber recursos disponibles que hicieran eficiente su medida, en el primer caso, y por las características de las actividades de la figura del asesor jurídico, más enfocado a estudiar externamente los problemas del hospital, dejamos que fueran ellos quienes los decidieran, una vez que la sistemática quedaba clara.

Después del estudio, revisión y propuestas de modificación por los responsables de los procesos asistenciales y no asistenciales, el Manual de Cuadros de Mando de Procesos fue revisado y aprobado por la Dirección Administrativa, y se comienza con la implantación de los indicadores.

Una de las mayores preocupaciones era la obtención de los datos y de la información.

En el caso de los indicadores de la mayoría de los procesos asistenciales, se debían extraer del sistema de información clínica, el cual el IESS licitó y adquirió en el mes de febrero/marzo de 2012. Se adjudicó, comenzando su implantación dos meses más tarde.

El sistema de información disponía de casi todos los datos necesarios, pero no disponía de la herramienta de explotación de los mismos. Por esto, la primera consideración que se hizo al HSFQ, es que debía adquirir una herramienta que, correctamente parametrizada, obtuviera los datos que el HSFQ había establecido para su correcta gestión. Hasta la fecha, todos los datos con los que se había trabajado se habían obtenido de manera manual, siendo en el mejor de los casos la manipulación de tablas de cálculo cuyo origen eran los “queries” de los sistemas de información [96].

NOTA: Esta herramienta se propuso, como se puede ver luego, en el Plan estratégico. Este es

un ejemplo claro de cómo ligar las diferentes herramientas de gestión.

En el caso de la información relacionada con actividades y procesos asistenciales teníamos claro que esta era la solución, y se debería estudiar la sistemática de obtención de los mismos.

Por otro lado, otros procesos no asistenciales, no disponían de una base de datos que permitiera ser explotada, por lo que había, o bien que crear esa base de datos, o por el contrario era inevitable una obtención totalmente manual de los datos.

En algunos de estos procesos, se crearon ciertas sistemáticas informatizadas desde los propios servicios que permitieron a posteriori realizar esta explotación de datos, por ejemplo en el caso de procesos de TIC’s, pero en otros procesos el comienzo fue totalmente manual, reclamaciones, satisfacción, formación, etc.

Al final del proyecto se consiguió un 85% de medición de los indicadores planteados, en su mayoría a través del sistema de información del hospital.

Transferencia y distribución de los cmp (Cuadros de Mando de Procesos)

De la misma manera que se realizó con el gestor documental que permitía la distribución de todos los documentos del sistema de gestión del HSFQ, se procedió a crear una sistemática similar para la consulta de los datos e indicadores por parte de todos los profesionales del HSFQ, a través de una herramienta que tenía que ser, sumamente sencilla.

Mediante la intranet del hospital, existía una pestaña llamada “estadística”, en la cual, al pinchar, se desplegaba otra pestaña que identificaba “indicadores” (Figura 13-7).

Pulsando sobre la pestaña de “indicadores” se desplegaba el mapa de procesos del HSFQ (Figura 14-7).

Si se pulsa con el cursor sobre uno de los procesos, por ejemplo en el proceso de “Consultas Externas”, se desplegaba el cuadro de mando del proceso, con los indicadores medidos (Figura 15-7).

De esta manera, y a tiempo real, los profesionales del HSQ pueden acceder a los datos que se han incluido en cada uno de los procesos del HSQ, y conocer cómo va la actividad asistencial del centro.

Validación de datos

En la obtención de datos, de los procesos que contaban con una base de datos o un sistema de información, hay que destacar uno de los problemas más importantes, y que quizás sea el más difícil contra el cual luchar: la introducción de la información.

Los sistemas de información son bases de datos que “guardan” la información. Esto que quiere decir, que mantienen la información tal y como los profesionales la van introduciendo, por lo tanto, la forma, conciencia y métodos de introducir esta información en los sistemas de información son fundamentales.

El profesional no es consciente en su día a día de la importancia de este hecho, y no ve cómo afecta a la gestión del HSQ y a su propio interés hasta que esto no se ve reflejado tal y como sucede.

Al comienzo de la obtención de datos, se propuso el realizar, en algunos procesos una medición paralela: por un lado obtener los datos desde los sistemas de información, y por otro lado llevar un registro manual de la actividad real. Esto nos permitió comparar la actividad realizada con la actividad registrada, encontrándose en los inicios de la implantación de medición de indicadores, diferencias superiores a un 60% en algunos indicadores.

Había que concienciar a los profesionales que el dato válido sería el del sistema de información, y que todo su esfuerzo, trabajo, actividad, y la posibilidad de futuros sistemas de incentivos o valoración de su trabajo se haría según este sistema, y no por ningún otro medio manual [97].

Esta ha sido una lucha constante durante todo el periodo que duró el proyecto, y se realizaron sesiones específicas sobre los indicadores de cada proceso, dentro de la Comisión de Dirección semanal los últimos seis meses. El resultado fue

satisfactorio. Se calcularon en todos los procesos implantados diferencias de medidas menores al 10% y la mayoría de estas diferencias se justificaban en la tipología de la segmentación de los datos, según procesos, áreas, tipología de pruebas y/o procedimientos, etc [98].

7.2. DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN DE GESTIÓN

A través de la implantación de la herramienta “Gestión por procesos”, y en concreto, a través de los cuadros de mando de procesos (indicadores), habíamos establecido una herramienta de gestión, que nos permitía obtener la respuesta a la pregunta de “¿cómo estamos haciendo las cosas?” y en qué cantidad y/o en qué niveles de calidad estamos trabajando?, pero en el modelo de gestión planteado es imprescindible conocer la respuesta a otra pregunta, “¿cómo podemos y hasta dónde o cuánto podemos llegar y hacer las cosas?”, es decir, teníamos que conocer cuál era nuestro “techo” en las condiciones y recursos que disponíamos [99].

La herramienta para conseguir este hecho es la que hemos descrito anteriormente como Plan de Gestión.

A través del conocimiento de los condicionantes internos y/o externos, y estableciendo unas variables que nos ayudaran a acercarnos lo máximo posible a nuestra realidad hospitalaria, había que discutir, estudiar y consensuar, cuál era la máxima capacidad productiva del hospital, en todos sus servicios y procesos, sobre todo asistencialmente.

En este punto y aspecto radica, en mi opinión, uno de los mayores problemas de los centros sanitarios, y más concretamente en su gestión. Los dirigentes hacen grandes esfuerzos por determinar la actividad y “vender” todo lo que hacen y lo bien que se hace, pero lo que de verdad nos dice si estamos haciendo las cosas “bien” o “mal”, y si de verdad estamos aprovechando los recursos disponibles es este aspecto: disponer de un Plan de Gestión que nos permita determinar, bajo unas condiciones hasta donde podríamos o deberíamos llegar.

En el HSFQ planteamos un esquema para determinar esta máxima capacidad, exclusivamente en las actividades de “producción asistencial” del centro, es decir, exclusivamente de las actividades asistenciales. Concretamente los procesos para los cuales se hizo el cálculo de esta máxima capacidad asistencial fueron:

- Proceso de Hospitalización
- Proceso Quirúrgico/Obstétrico
- Proceso de Consultas Externas
- Proceso de Emergencias
- Proceso de Diagnóstico por la imagen
- Proceso de Laboratorio
- Proceso de Pruebas Especiales
- Proceso de Anatomía Patológica

Una vez identificados los procesos objeto de este Plan de Gestión, considerados como aquellos bajo los que se “mueve” el HSFQ, se procedió a identificar todas estas variables y condicionantes, y ponerlos según los criterios que se acordaran [100].

Así, se comenzó estableciendo que las tipologías de actividad que el centro querría cubrir, eran de dos tipos a tener en cuenta:

- **Actividad Ordinaria.** La cual comprendía el horario de 7:00-15:00, entendido como aquél que daba cobertura normalizada a los usuarios.
- **Actividad Extraordinaria.** Independiente de que no tuviera un uso “normalizado”, era una necesidad imperiosa calcularlo y tenerlo en cuenta, puesto que existen recursos disponibles y que pueden ser utilizados. Asimismo, los picos de actividad nos permitían conocer que disponibilidad fuera de horas o jornadas ordinarias se tenían. Se determinó que en este caso, la franja horaria de cálculo se haría entre las 16:00-22:00 horas.

NOTA: En este punto no estaba incluido el recurso “guardias” porque su entendimiento y definición respecto a la actividad y función no eran compatibles. (El profesional que se encuentra de guardia tiene asignadas unas funciones y responsabilidades diferentes al profesional que se encuentra realizando actividad asistencial en “producción”).

A continuación se procedió a determinar otras variables y elementos que nos ayudaban a entender en cada proceso y situación, las casuísticas que nos podíamos encontrar, para conseguir diseñar unas tablas, tal y como se describe a continuación:

- **Descripción de la dotación.** Se define que es el recurso que nos limita la producción, o cual es el crítico para definir nuestra máxima capacidad.
- **Tipología del recurso.** Según lo descrito anteriormente hay que diferenciar que tipos de recursos tenemos, por ejemplo que tipología de camas, tipología de locales de consulta, tipología de quirófanos, etc.
- **Días.** Es el primer recurso que debemos saber. Cuantos días de disponibilidad tenemos o queremos contar con el recurso definido.
- **Horas de actividad.** En este caso, en base de la tipología del recurso y del tipo de actividad definido (ordinaria o extraordinaria), condicionará la disponibilidad de recursos en mayor o menor medida.
- **Capacidad de producción.** Definirá el cálculo del resto de indicadores que hayamos elegido para definir nuestra productividad. Se realiza un cálculo del 100% de disponibilidad, en base a los recursos definidos y su tipología.
- **Duración del acto.** Es el dato que nos permite ponderar la disponibilidad de recursos, generalmente, la atención de los pacientes que podemos atender. P.e. en el caso de hospitalización dependerá de la estancia media, en el caso de CCEE del tiempo definido para cada especialidad, en quirófanos de los tiempos medios quirúrgicos y tiempos muertos, en imagen del tiempo medio que se tarda en realizar una prueba según el equipo, etc.
- **Cálculos de indicadores clave.** Se mide en dos posibilidades la capacidad de los indicadores clave elegidos o que nos dan la información exacta del proceso. En este apartado se analiza, la capacidad máxima de producción de los procesos y episodios de los diferentes servicios, con dos escenarios de rendimiento al 85% y al 79%. Este último dato sale como el máximo de producción de acuerdo

a la fórmula Brightman ($n^\circ \text{ camas}/n^\circ \text{ camas} + 3\sqrt{n^\circ \text{ camas}}$), calculada según el número de camas del HSFQ. Esta fórmula es utilizada generalmente para los cálculos en los procesos de hospitalización, si bien, por seguir una linealidad, se ha seguido en la totalidad de procesos como escenarios de referencia.

en la **figura 16-7** se realiza una explicación de las tablas utilizadas de manera gráfica.

Todas las condiciones y definición de elementos y variables descritas anteriormente, se debían establecer en cada uno de los procesos para determinar las situaciones a establecer, se decidieron a través de reuniones con los Coordinadores Asistenciales y demás responsables intermedios, y fueron ellos los que tomaron la decisión final para el cálculo de las máximas capacidades: Tiempos medios de tención en CCEE, estancias medias, producción medias, tiempos de atención, etc.

Una vez obtenidas las variables se procedió al cálculo de cada una de las situaciones y de las productividades máximas en cada caso.

Se han incluido como ejemplos los procesos más característicos de un hospital, CCEE, bloque quirúrgico y Hospitalización (**Figuras 18-7, 19-7, 20-7**).

Una vez que el hospital disponía de estos cálculos, que le permitían conocer su máxima capacidad productiva en todos sus procesos [101], esta segunda herramienta del modelo de gestión, permitía poder comparar los datos asistenciales del día a día, medidos a través de los indicadores de cuadros de mando de procesos, y compararlos con los de la máxima capacidad productiva obtenida a través del Plan de Gestión.

El Plan de Gestión fue entregado a la Dirección Administrativa local del hospital para que, en primer lugar, se realizara una formación y socialización de la herramienta y su situación dentro del modelo de gestión. En segundo lugar, la implantación de los procesos, y sus indicadores y su comparación debía permitir que en ejercicios siguientes, se pudiera desarrollar e implantar un Plan de Objetivos en todos los niveles de manera coherente, y evitando el establecimiento de objetivos excesivamente estrictos e inalcanzables,

o por el contrario, objetivos demasiados laxos y fáciles de conseguir.

A modo de resumen al disponer de esta información, el modelo de gestión nos daba la información de la situación real de la actividad del hospital a través del seguimiento y medición realizado con la Gestión por Procesos, y ahora conseguíamos disponer de la información que nos ayudaba a conocer, qué lejos o cerca estábamos de alcanzar la mejor eficiencia, al tener nuestra máxima capacidad calculada [102].

7.3. PROPUESTA DE ACUERDO DE GESTIÓN

Disponiendo del Plan de Gestión que nos da la capacidad productiva asistencial del centro, y la gestión por procesos que nos da la información de la actividad asistencial realizada día a día, nos permitía establecer un Plan de Objetivos, y no sólo esto, sino que nos permitía en el seno de una organización estatal y nacional, dar una herramienta a los servicios centrales o gestores del Instituto de la Seguridad Social Ecuatoriano, para controlar a todas sus unidades médicas, utilizando como experimento el Hospital San Francisco de Quito.

Esta herramienta que se propuso y se dejó a falta de iniciar su implantación, se llamaba Acuerdo de Gestión.

El Acuerdo de Gestión es un instrumento que debe ser utilizado para fijar, definir y evaluar los distintos objetivos que se marcan en el horizonte temporal de un año. Asimismo debería definir los mecanismos de financiación y los recursos con los que el centro cuenta para la consecución de estos objetivos. Es un elemento que nos ayuda a demostrar y evidenciar las vías de desarrollo de los centros, y contribuye a consolidar una cultura de comparación y mejora objetiva entre los hospitales, y dentro de ellos, entre las distintas Unidades Asistenciales.

El objetivo final es que dicho Acuerdo sea un elemento que ayude a que los hospitales y centros de especialidades sean más eficientes, de mayor calidad, y en suma se orienten cada vez más al usuario.

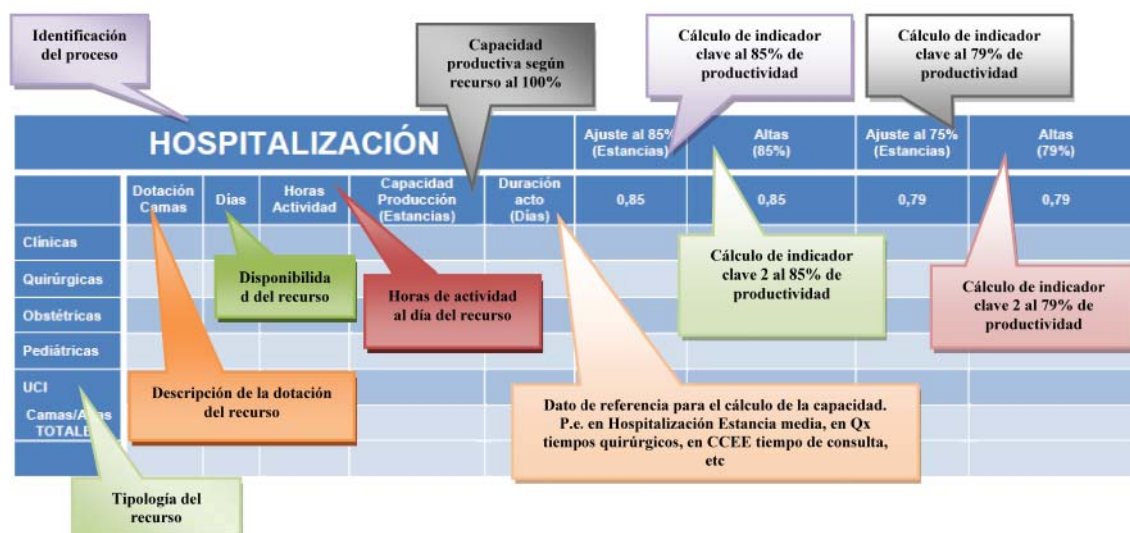


Figura 16-7. Descripción del significado de los diferentes campos de las tablas usadas para el cálculo de la capacidad de los diferentes procesos asistenciales

HOSPITALIZACIÓN						Ajuste al 85% (Estancias)	Altas hospitalarias (85%)	Ajuste al 75% (Estancias)	Altas hospitalarias (79%)
Camas/Altas	Dotación (Camas)	Días	Horas Actividad	Capacidad Producción (Estancias)	Estancia media (Días)	0,85	0,85	0,79	0,79
Clinicas	42	365	N/A	15.330	4	13.031	3.258	12.111	3.028
Quirúrgicas	42	365	N/A	15.330	4	13.031	3.258	12.111	3.028
Obstétricas	21	365	N/A	7.665	4	6.515	1.629	6.055	1.514
Pediátricas	22	365	N/A	8.030	4	6.826	1.706	6.344	1.586
UCI	8	365	N/A	2.920	5	2.482	496	2.307	461
Camas/Altas TOTALES	135	365	N/A	49.275	N/A	41.885	10.347	38.928	9.617

Figura 18-7. Tabla de cálculo de máxima capacidad productiva del proceso de hospitalización.

ACTIVIDAD ORDINARIA (07:00-15:00 HORAS)

BLOQUE Qx						Ajuste al 85% (Horas)	Procesos Qx (85%)	Ajuste al 75% (Horas)	Procesos Qx (79%)
Bloque Qx	Dotación Qx	Días	Horas Actividad	Capacidad Producción (Horas)	TQE + TM (horas)	0,85	0,85	0,79	0,79
Programadas	2	252	8	4.032	2	3.427	1.714	3.185	1.593
Ambulatorias	1	252	8	2.016	1	1.714	1.714	1.593	1.593
Urgencia	1	365	24	8.760	2	7.446	3.723	6.920	3.460
Camas/Altas TOTALES	4			14.808		12.587	7.151	11.698	6.646

ACTIVIDAD EXTRAORDINARIA (16:00-22:00 HORAS)

BLOQUE Qx						Ajuste al 85% (Horas)	Procesos Qx (85%)	Ajuste al 75% (Horas)	Procesos Qx (79%)
Bloque Qx	Dotación Qx	Días	Horas Actividad	Capacidad Producción (Horas)	TQE + TM (horas)	0,85	0,85	0,79	0,79
Programadas	2	252	6	3.024	2	2.570	1.285	2.389	1.194
Ambulatorias	1	252	6	1.512	1	1.285	1.285	1.194	1.194
Urgencia	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Camas/Altas TOTALES	3	252	6	4.536	3	3.855	2.570	3.583	2.388

Tabla 19-7. Tabla de cálculo de máxima capacidad productiva del proceso quirúrgico.

ACTIVIDAD ORDINARIA CCEE (07:00-15:00 HORAS)

CONSULTAS EXTERNAS						Ajuste al 85% (Horas)	Citas al 85%	Ajuste al 79% (Horas)	Citas al 79%
CCEE (Locales)	Dotación	Días	Horas Acti- vidad	Capacidad Producción (horas)	Duración Cita (Minutos)	0,85	0,85	0,79	0,79
Pediatría	4	252	8	8.064		6.853	24.418	6.370	22.694
PRIMERA	4	252	3,5	3.528	20 min (3 citas)	2.998	8.996	2.787	8.361
SUCESIVA	4	252	4,5	4.536	15 min (4 citas)	3.855	15.422	3.583	14.333
Anestesiología	1	252	8	2.016		1.713	10.278	1.592	9.552
PRIMERA	1	252	8	2.016	10 min (6 citas)	1.713	10.278	1.592	9.552
SUCESIVA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Neonatología	1	252	8	2.016		1.712	6.105	1.591	5.673
PRIMERA	1	252	3,5	882	20 min (3 citas)	749	2.249	696	2.090
SUCESIVA	1	252	4,5	1.134	15 min (4 citas)	963	3.856	895	3.583
Cirugía Vascu- lar	1	252	8	2.016		1.712	7.390	1.591	6.869
PRIMERA	1	252	4,5	1.134	20 min (3 citas)	963	2.892	895	2.688
SUCESIVA	1	252	3,5	882	10 min (6 citas)	749	4.498	696	4.181
Medicina Famí- liar	1	252	8	2.016		1.712	7.390	1.591	6.869
PRIMERA	1	252	4,5	1.134	20 min (3 citas)	963	2.892	895	2.688
SUCESIVA	1	252	3,5	882	10 min (6 citas)	749	4.498	696	4.181
Medicina Ocu- pacional	1	252	8	2.016		1.712	8.568	1.592	7.963
PRIMERA	1	252	4	1.008	15 min (4 citas)	856	3.427	796	3.185
SUCESIVA	1	252	4	1.008	10 min (6 citas)	856	5.141	796	4.778
Psicología	1	252	8	2.016		1.712	4.927	1.591	4.579
PRIMERA	1	252	4,5	1.134	30 min (2 citas)	963	1.928	895	1.792
SUCESIVA	1	252	3,5	882	15 min (4 citas)	749	2.999	696	2.787
Ginecología – Obstetricia	4	252	8	8.064		6.853	29.560	6.370	27.473
PRIMERA	4	252	4,5	4.536	20 min (3 citas)	3.855	11.567	3.583	10.750
SUCESIVA	4	252	3,5	3.528	10 min (6 citas)	2.998	17.993	2.787	16.723
Neumología	2	252	8	4.032		3.421	14.779	3.184	13.736
PRIMERA	2	252	4,5	2.268	20 min (3 citas)	1.927	5.783	1.791	5.375
SUCESIVA	2	252	3,5	1.764	10 min (6 citas)	1.494	8.996	1.393	8.361
Medicina In- terna	4	252	8	8.064		6.853	24.418	6.370	22.695
PRIMERA	4	252	3,5	3.528	20 min (3 citas)	2.998	8.996	2.787	8.361
SUCESIVA	4	252	4,5	4.536	15 min (4 citas)	3.855	15.422	3.583	14.334
Endocrino	0	252	8	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
PRIMERA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
SUCESIVA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nutrición	2	252	8	4.032		3.426	9.854	3.187	9.157
PRIMERA	2	252	4,5	2.268	30 min (2 citas)	1.927	3.856	1.791	3.583
SUCESIVA	2	252	3,5	1.764	15 min (4 citas)	1.499	5.998	1.396	5.574
Traumatología	3	252	8	6.048		5.140	25.704	4.778	23.890
PRIMERA	3	252	4	3.024	15 min (4 citas)	2.570	10.282	2.389	9.556
SUCESIVA	3	252	4	3.024	10 min (6 citas)	2.570	15.422	2.389	14.334
Cardiología	1,5	252	8	3.024		2.569	11.085	2.388	10.302
PRIMERA	1,5	252	4,5	1.701	20 min (3 citas)	1.445	4.338	1.343	4.031

ORL	2	252	8	4.032		3.426	14.779	3.184	13.736
PRIMERA	2	252	4,5	2.268	20 min (3 citas)	1.927	5.783	1.791	5.375
SUCESIVA	2	252	3,5	1.764	10 min (6 citas)	1.499	8.996	1.393	8.361
Oftalmología	1	252	8	2.016		1.712	7.390	1.591	6.869
PRIMERA	1	252	4,5	1.134	20 min (3 citas)	963	2.892	895	2.688
SUCESIVA	1	252	3,5	882	10 min (6 citas)	749	4.498	696	4.181
Cirugía General	2	252	8	4.032		3.426	14.779	3.184	13.736
PRIMERA	2	252	4,5	2.268	20 min (3 citas)	1.927	5.783	1.791	5.375
SUCESIVA	2	252	3,5	1.764	10 min (6 citas)	1.499	8.996	1.393	8.361
Urología	1	252	8	2.016		1.712	7.390	1.591	6.869
PRIMERA	1	252	4,5	1.134	20 min (3 citas)	963	2.892	895	2.688
SUCESIVA	1	252	3,5	882	10 min (6 citas)	749	4.498	696	4.181
Dermatología	2	252	8	4.032		3.426	17.136	3.184	15.927
PRIMERA	2	252	4	2.016	15 min (4 citas)	1.713	6.854	1.592	6.371
SUCESIVA	2	252	4	2.016	10 min (6 citas)	1.713	10.282	1.592	9.556
Neurología	0	252	8	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
PRIMERA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
SUCESIVA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Gastroenterología	1	252	8	2.016		1.712	7.390	1.591	6.869
PRIMERA	1	252	4,5	1.134	20 min (3 citas)	963	2.892	895	2.688
SUCESIVA	1	252	3,5	882	10 min (6 citas)	749	4.498	696	4.181
Pre – post consulta	2	252	8	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Relación Primeras / Sucesivas	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
TOTALES CCEE	N/A	252	N/A	71.568	N/A	60.802	253.340	56.520	235.458
PRIMERA	N/A	252	N/A	38.115	N/A	32.383	104.580	30.099	97.197
SUCESIVA	N/A	252	N/A	33.453	N/A	26.670	144.262	25.725	134.080

ACTIVIDAD EXTRAORDINARIA CCEE (16:00-22:00 HORAS)

CONSULTAS EXTERNAS						Ajuste al 85% (Horas)	Citas al 85%	Ajuste al 79% (Horas)	Citas al 79%
CCEE (Locales)	Dotación	Días	Horas Actividad	Capacidad Producción (horas)	Duración Cita (Minutos)	0,85	0,85	0,79	0,79
Pediatría	4	252	6	6.048		5.140	18.421	4.777	17.120
PRIMERA	4	252	2,5	2.520	20 min (3 citas)	2.142	6.426	1.990	5.972
SUCESIVA	4	252	3,5	3.528	15 min (4 citas)	2.998	11.995	2.787	11.148
Anestesiología	1	252	6	1.512		1.285	7.710	1.194	7.164
PRIMERA	1	252	6	1.512	10 min (6 citas)	1.285	7.710	1.194	7.164
SUCESIVA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Neonatología	1	252	6	1.512		1.284	4.604	1.193	4.280
PRIMERA	1	252	2,5	630	20 min (3 citas)	535	1.605	497	1.493
SUCESIVA	1	252	3,5	882	15 min (4 citas)	749	2.998	696	2.787
Cirugía Vascular	1	252	6	1.512		1.284	5.462	1.193	5.076
PRIMERA	1	252	3,5	882	20 min (3 citas)	749	2.249	696	2.090
SUCESIVA	1	252	2,5	630	10 min (6 citas)	535	3.213	497	2.986
Medicina Familiar	1	252	6	1.512		1.284	5.462	1.193	5.076
PRIMERA	1	252	3,5	882	20 min (3 citas)	749	2.249	696	2.090
SUCESIVA	1	252	2,5	630	10 min (6 citas)	535	3.213	497	2.986
Medicina Ocupacional	1	252	6	1.512		1.284	6.425	1.194	5.971
PRIMERA	1	252	3	756	15 min (4 citas)	642	2.570	597	2.388
SUCESIVA	1	252	3	756	10 min (6 citas)	642	3.855	597	3.583
Psicología	1	252	6	1.512		1.284	3.641	1.193	3.383

PRIMERA	1	252	3,5	882	30 min (2 citas)	749	1.499	696	1.393
SUCESIVA	1	252	2,5	630	15 min (4 citas)	535	2.142	497	1.990
Ginecología – Obstetricia	4	252	6	6.048		5.140	21.848	4.777	20.305
PRIMERA	4	252	3,5	3.528	20 min (3 citas)	2.998	8.996	2.787	8361
SUCESIVA	4	252	2,5	2.520	10 min (6 citas)	2.142	12.852	1.990	11.944
Neumología	2	252	6	3.024		2.570	10.924	2.388	10.152
PRIMERA	2	252	3,5	1.764	20 min (3 citas)	1.499	4.498	1.393	4.180
SUCESIVA	2	252	2,5	1.260	10 min (6 citas)	1.071	6.426	995	5.972
Medicina In- terna	4	252	6	6.048		5.140	18.421	4.777	17.120
PRIMERA	4	252	2,5	2.520	20 min (3 citas)	2.142	6.426	1.990	5.972
SUCESIVA	4	252	3,5	3.528	15 min (4 citas)	2.998	11.995	2.787	11.148
Endocrino	0	252	6						
PRIMERA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
SUCESIVA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nutrición	2	252	6	3.024		2.570	7.282	2.388	6.768
PRIMERA	2	252	3,5	1.764	30 min (2 citas)	1.499	2.998	1.393	2.787
SUCESIVA	2	252	2,5	1.260	15 min (4 citas)	1.071	4.284	995,4	3.981
Traumatología	3	252	6	4.536		3.854	19.277	3.582	17.916
PRIMERA	3	252	3	2.268	15 min (4 citas)	1.927	7.711	1.791	7.166
SUCESIVA	3	252	3	2.268	10 min (6 citas)	1.927	11.566	1.791	10.750
Cardiología	1,5	252	6	2.268		1.927	8.192	1.791	7.614
PRIMERA	1,5	252	3,5	1.323	20 min (3 citas)	1.124	3.373	1.045	3.135
SUCESIVA	1,5	252	2,5	945	10 min (6 citas)	803	4.819	746	4.479
ORL	2	252	6	3.024		2.565	10.924	2.388	10.152
PRIMERA	2	252	3,5	1.764	20 min (3 citas)	1.494	4.498	1.393	4.180
SUCESIVA	2	252	2,5	1.260	10 min (6 citas)	1.071	6.426	995	5.972
Oftalmología	1	252	6	1.512		1.284	5.462	1.193	5.076
PRIMERA	1	252	3,5	882	20 min (3 citas)	749	2.249	696	2.090
SUCESIVA	1	252	2,5	630	10 min (6 citas)	535	3.213	497	2.986
Cirugía Gene- ral	2	252	6	3.024		2.565	10.924	2.388	10.152
PRIMERA	2	252	3,5	1.764	20 min (3 citas)	1.494	4.498	1.393	4.180
SUCESIVA	2	252	2,5	1.260	10 min (6 citas)	1.071	6.426	995	5.972
Urología	1	252	6	1.512		1.284	5.462	1.193	5.076
PRIMERA	1	252	3,5	882	20 min (3 citas)	749	2.249	696	2.090
SUCESIVA	1	252	2,5	630	10 min (6 citas)	535	3.213	497	2.986
Dermatología	2	252	6	3.024		2.570	12.851	2.388	11.943
PRIMERA	2	252	3	1512	15 min (4 citas)	1285,2	5140,8	1194,5	4777,9
SUCESIVA	2	252	3	1512	10 min (6 citas)	1285,2	7711,2	1194,48	7166,9
Neurología	0	252	6						
PRIMERA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
SUCESIVA	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Gastroentero- logía	1	252	6	1.512		1.284	5.462	1.193	5.076
PRIMERA	1	252	3,5	882	20 min (3 citas)	749	2.249	696	2.090
SUCESIVA	1	252	2,5	630	10 min (6 citas)	535	3.213	497	2.986
Pre – post consulta	2	252	8	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Relación Prime- ras / Sucesivas									
TOTALES	N/A	252	N/A	53.676	N/A	45.598	188.754	42.383	175.420
PRIMERA	N/A	252	N/A	28.917	N/A	24.560	79.194	22.833	73.598
SUCESIVA	N/A	252	N/A	24.759	N/A	21.038	109.560	19.550	101.822

Tabla 20-7. Tabla de cálculo de máxima capacidad productiva del proceso de consultas externas.

Los Acuerdos de Gestión, deberían tener una vigencia entre el 1 de enero hasta el 31 de Diciembre del mismo año, concretaría los objetivos fijados por el IESS (Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social) para con los Centros, en este caso el Hospital San Francisco de Quito, y por tanto la consecución de los mismos debería ser impulsada y liderada por sus Equipos Directivos [4].

Como el Acuerdo de Gestión es un documento público, es obligación de los equipos directivos y de los responsables asistenciales darle la suficiente difusión, de modo que los trabajadores y sus representantes conozcan en tiempo y forma los objetivos pactados. Asimismo el Acuerdo de Gestión será un instrumento de referencia, para que los Equipos Directivos de los centros, pacten Acuerdos Específicos de Gestión con los Servicios y Unidades, relacionados con un sistema de Incentivos y Productividad variable totalmente objetivo.

Es decir, el Acuerdo de Gestión deberá ser el referente para los objetivos que serán valorados para Productividad Variable de los Directivos y de los Profesionales de los centros [82].

Acuerdo de Gestión en el Hospital San Francisco de Quito (HSFQ)

Como se comentó en el Plan de Gestión entregado al Hospital San Francisco de Quito, uno de los proyectos de herramientas de gestión a proponer como mejora de gestión para el HSFQ se encuentra la implantación de un modelo de descentralización de la gestión en los líderes y profesionales del HSQF, a través de herramientas de autogestión.

Mediante este recurso, el Acuerdo de Gestión a establecer entre el IESS y el HSFQ, deberá ser descentralizado, y este a su vez, descentralizado hacia cada uno de los procesos, servicios o unidades que conforman el centro hospitalario, asignando a cada uno de ellos tanto los recursos como los objetivos de actividad y calidad planteados para cada ejercicio.

El Acuerdo de Gestión en su descentralización hacia el HSFQ y sus diferentes áreas, servicios y procesos, al igual que el del conjunto del HSFQ,

tendrá en cuenta para cada uno de ellos los objetivos relativos a los siguientes ámbitos:

- Cartera de servicios: dotación de espacios y recursos físicos y de equipamiento con los que cuenta, talento humano de que dispone, modalidades asistenciales que lleva a cabo, y técnicas y procedimientos que realiza.
- Actividad prevista en las tres vertientes: asistencial, docente e investigadora.
- Objetivos de calidad institucionales y específicos.
- Qué presupuesto asignado precisa para llevar a cabo sus objetivos.
- Indicadores de evaluación del cumplimiento.

Despliegue del Acuerdo de gestión en el HSFQ

El Acuerdo de Gestión de los servicios clínicos, áreas, procesos o elemento que se decidiera por la Dirección del hospital, tendría la misma vigencia que el suscrito por la Dirección del hospital con el IESS (un año). La discusión de su contenido y el establecimiento de objetivos deberían hacerse en los últimos meses del año previo al de vigencia del Acuerdo.

Los Acuerdos de Gestión deben recoger el compromiso de evaluación periódica del cumplimiento de objetivos, con objeto de introducir medidas correctoras (la periodicidad de evaluación sería trimestral).

La descentralización de los Acuerdos de Gestión en los Servicios Clínicos es el primer paso para instaurar en el HSFQ un modelo organizativo y de gestión basado en la Gestión Clínico-Financiera y descentralizada [103].

La Gestión Clínica es mucho más que una mera dirección participativa por objetivos. Constituye un proceso de diseño organizativo y de gestión que incorpora a los profesionales asistenciales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica; implica a profesionales que tengan la motivación para tomar las decisiones clínicas coste-efectivas, basadas en el conocimiento de la evidencia científica existente, y en el marco de las disponibilidades económicas del hospital [104].

Bajo la filosofía de Gestión Clínico-Financiera se abordan de manera integrada las actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y recuperación de la salud, cuyos principales elementos son [105]:

- El conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, por todos los profesionales del centro.
- La utilización del mejor conocimiento científico disponible en la práctica clínica, y el conocimiento de gestión en las actividades no asistenciales
- Un modelo de práctica integrado y participativo, en donde el hospital funciona como un “todo”, dando el protagonismo necesario a cada una de las partes, pero en el seno del conjunto.
- El uso de herramientas de estandarización y evaluación (guías de práctica clínica, procedimientos, procesos, instrucciones técnicas, manuales, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc.).

Para la dirección del HSFQ, la Gestión Clínico-Financiera debía representar una herramienta de innovación necesaria para lograr la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

Hacer Gestión Clínico-Financiera implica liderar, coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, así como de gestión y administrativas.

Las estructuras organizativas de la Gestión Clínico-Financiera deben ser establecidas por la dirección teniendo en cuenta los procesos, las actividades, las áreas, las especialidades, los departamentos, etc [106]. Con el fin de acotar las responsabilidades y coordinación de los objetivos del Acuerdo de Gestión. Las unidades que se definan podrán establecerse atendiendo a los procesos, departamentos, especialidades, unidades, o mezcla de todos ellos. Estas unidades se caracterizaran por:

- La unidad establecida debería negociar con la Dirección del centro el número y perfil de los profesionales necesarios para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se marquen.
- Establecimiento de objetivos anuales para monitorizar su funcionamiento.
- Establecimiento de incentivos anuales sujetos a resultados para los profesionales adscritos a la unidad, según un sistema corporativo.
- Cada unidad podrá estar liderada por un Responsable que deberá aunar el liderazgo con la capacidad de gestión.
- La negociación de los objetivos de gestión de las unidades se realizará entre el responsable de la unidad y la Dirección Gerencia del Hospital.
- El responsable de la unidad propondrá a la dirección del HSFQ, los objetivos que su unidad considera que deben incluirse en el Acuerdo de Gestión a establecer entre las partes, que deberá ser discutido y refrendado con el Director del hospital.
- El responsable de la unidad establecerá, a través de la Dirección del HSFQ, colaboraciones especiales con otros centros de atención y con otros hospitales, para mejorar y agilizar las derivaciones y petición de pruebas complementarias para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica.
- Los médicos residentes e interinos rotativos, así como becarios y otro personal perteneciente a programas formativos, no podrían percibir incentivos.
- El responsable de la unidad debe asegurarse de que sus integrantes conozcan los objetivos anuales de la misma incluidos en el Acuerdo de Gestión establecido con la gerencia del HSFQ.
- El responsable de la unidad garantizará la utilización adecuada y necesaria de los sistemas de información disponibles, facilitando la información clínica necesaria para posibilitar su monitorización y evaluación.

- El trabajo de las unidades debe organizarse siguiendo los procesos, procedimientos, instrucciones técnicas y otros elementos de protocolización para abordar y gestionar las actividades.
- En caso de que las unidades necesiten adquirir, cambiar o modificar algún elemento tecnológico, debe utilizar criterios claros y explícitos para justificar la necesidad de incorporar aquella tecnología que mejore su actividad.

De lo expuesto se infiere que además de los Acuerdos de Gestión con cada una de las unidades, la implementación de la Gestión Clínico-financiera requiere de:

- Transparencia en la toma de decisiones y sistema de comunicación que permita que las unidades conozcan todo lo acontecido en el entorno.
- Disponer de personas calificadas en las que pueda delegarse. Importancia de seleccionar adecuadamente a los mandos intermedios: Coordinadores, Responsables de Procesos Asistenciales, Jefes de Departamento, etc.
- Un sistema robusto de información clínico-financiera que permita el monitoreo y la evaluación periódica de resultados. Este debe estar sustentado desde el punto de vista clínico en el registro de actividad asistencial, docente e investigadora del centro, que incluye desde el punto de vista prestación todos los indicadores necesarios para la adecuada gestión del centro.
- Un sistema de incentivación ligado al cumplimiento de los objetivos definidos en el Acuerdo que sea transparente, imparcial y conocido por todos los miembros de la organización.

El modelo de gestión trabajado e implantado durante el proyecto, y en él, el Acuerdo de Gestión de los servicios del HSFG, se llevarían a cabo considerando que son el primer paso para implantar en todos los servicios y unidades de Gestión Clínico-Financiero en el HSFG, y su extensión al resto de centros del IESS.

Sistema de desarrollo e implementación

Las herramientas “inputs” de este “Acuerdo de Gestión” son:

- Los cuadros de mando de procesos del HSFG.
- El Plan de Gestión desarrollado y calculado según las variables acordadas, estudiado y analizado por los responsables del HSFG.
- El Plan Estratégico, con el fin de poder incluir variables relacionadas con esta herramienta de gestión.
- El presupuesto asignado en el ejercicio objeto de estudio y las posibilidades de variación de dicho presupuesto.
- Informe de la disposición de los RRHH disponibles en las diferentes áreas, al menos de aquellas asistenciales que se relacionan con los datos incluidos en el Plan de Gestión.

En un primer paso, cada uno de los participantes en el desarrollo del Acuerdo de Gestión, deberá estudiar y conocer en un alto grado los “inputs” descritos con anterioridad.

A partir de este momento las fases principales de este proceso de acuerdo y negociación deberían pasar por los siguientes ítems:

1. Determinación de los procesos, unidades, áreas o mezcla de estos elementos para los cuales se va a ir realizando la negociación a los niveles que se determinen. Este documento presenta como propuesta principal la gestión por procesos, que nos ayuda a tener una trazabilidad de los procesos dentro del modelo de Gestión planteado. Asimismo, se pueden añadir otros elementos que pueden complementar algunos aspectos no incluidos directamente en los procesos.
2. Determinar los interlocutores para la negociación de cada bloque, proceso o elemento del Acuerdo de Gestión, y los aspectos concretos (indicadores, proyectos, etc) que se van a negociar

Para plasmar los acuerdos tras las negociaciones entre las diferentes partes que intervinieran en el Acuerdo de Gestión, se creó y desarrolló un documento que permitiera recogerlo todo.

CONSULTAS EXTERNAS		
OBJETIVO Dar la suficiente cobertura a las necesidades del IESS y de la red nacional de salud, teniendo en cuenta la eficiencia de los recursos del HSFG. Identificar, conocer analizar y atender la demanda existente, en relación a las actividades del proceso de consultas externas.		
ACUERDO		
INDICADORES	2012	2013
1. N° de consultas /año (Actividad Ordinaria)		
NOTA: Segmentación por especialidades y tipología de consulta		
2. N° de consultas realizadas en actividad extraordinaria		
NOTA: Segmentación por especialidades y tipología de consulta		
3. N° de consultas fallidas (No asistencia) en actividad ordinaria		
4. Productividad media de consultas en relación al indicador 1 en actividad ordinaria.		
5. Definir indicador respecto de farmacia		
6. Definir indicador respecto de imagen		
7. Definir indicador respecto de laboratorio		
8. Índice sucesivas/primeras en actividad ordinaria		
9.		
10.		
ACCIONES A SEGUIR		
<ul style="list-style-type: none"> Salida de la actividad del Call Center del HSFG. Proyecto N° XXX del Plan Estratégico sobre la gestión de citas a través de SMS y otros sistemas. Ampliación del presupuesto del HSFG ajustado a las necesidades del centro y su actividad. Segmentar los indicadores correspondientes a las especialidades o áreas que sean necesarias 		

Ejemplos de objetivos

Figura 17-7. Plantilla para la descripción de las actividades y objetivos del Acuerdo de Gestión. Proceso de CCEE.

HOSPITALIZACIÓN		
OBJETIVO Conseguir que los pacientes se encuentren en condiciones de confortabilidad y adecuación a su estado de salud en su estancia hospitalaria en el centro. Adecuar la gestión del ingreso hospitalaria y normalizarla, de acuerdo a las condiciones y circunstancias del centro, coordinándola con el resto de actividades y procesos asistenciales y no asistenciales.		
ACUERDO		
INDICADORES	2012	2013
1. Número total de Altas		
2. Total Estancias		
3. Estancia Media (días)		
4. Índice de Ocupación (%)		
5. Índice de Rotación		
6. Índice de Mortalidad (%)		
7. Índice de necropsias (%)		
8. % de pacientes con el informe de epicrisis al alta		
9. % de pacientes con diagnóstico no adecuado para hospitalización		
10. % pacientes ingresados con diagnóstico no adecuado para ingreso		
ACCIONES A SEGUIR		

Figura 18-7. Plantilla para la descripción de las actividades y objetivos del Acuerdo de Gestión. Proceso de hospitalización.

ATENCIÓN URGENTE		
OBJETIVO Atender en el menor tiempo posible y según los criterios de prioridad a los todos los pacientes que demanden atención en el servicio de emergencias, y con la calidad asistencial adecuada en cada caso. Siempre teniendo en cuenta la eficiencia de los recursos del HSFG. Identificar, conocer analizar y atender la demanda existente, en relación a las actividades del proceso de emergencias.		
ACUERDO		
INDICADORES	2012	2013
1. Presión de Urgencias (%)		
2. Porcentaje de urgencias ingresadas (%)		
3. Derivación a centros No IESS		
4. Porcentaje de pacientes que permanecen entre 3 y 6 h en urgencias		
5. Porcentaje de pacientes que permanecen > 6h. en urgencias.		
6. Porcentaje de refrecuentación en urgencias en las 72 h. siguientes a su atención.		
7.		
8.		
9.		
10.		
ACCIONES A SEGUIR		
<ul style="list-style-type: none"> Realizar reforma integral del área de emergencias Implantación de la red de primaria por parte del IESS 		

Figura 19-7. Plantilla para la descripción de las actividades y objetivos del Acuerdo de Gestión. Proceso de atención urgente.

Se incluye tres ejemplos de los procesos, si bien se encontraban desarrollados la totalidad de los procesos, con el fin de que todos los profesionales del centro tuvieran su marco de gestión y objetivos de mejora (**Figuras 17-7, 18-7, 19-7**).

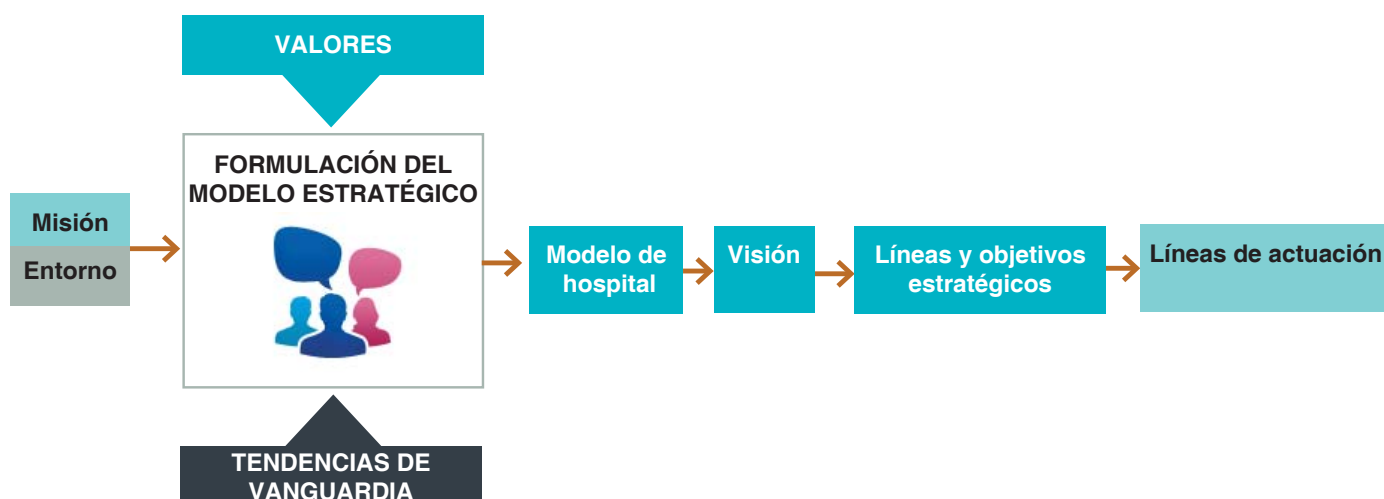


Figura 20-7. Esquema Plan Estratégico - Modelo organizativo y de gestión.

7.4. DISEÑO, DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

El diseño estratégico del Hospital San Francisco de Quito parte de la definición de la misión, los valores, la visión y la configuración del modelo de futuro del Hospital.

En el **Plan Estratégico – Modelo Organizativo y de Gestión**, se definen los elementos básicos de funcionamiento en el cual se quiere apoyar el despliegue incluido en el presente documento.

El Plan Estratégico 2013-2014 del Hospital San Francisco de Quito, fue aprobado por el IESS, en las etapas de construcción y equipamiento previas a la puesta en funcionamiento del hospital. Posteriormente, y en su implantación, este documento se modificó, pasando por varias versiones. A finales del 2012, se obtuvo la versión definitiva, que a propuesta del EDA, fue aprobada por el equipo directivo local, e interiorizada por todo el personal del hospital.

Para la realización de esta versión definitiva, el

equipo asesor planteó la necesidad de que este documento fuera el “propio” de los profesionales del HSFQ y no un documento elaborado, conocido e implantado por el equipo directivo asesor, que no consiga el objetivo fundamental: La interiorización del mismo por todos los profesionales del HSFQ.

Para esto se planificaron y se realizaron grupos de trabajo que representaban todos los estamentos de las diferentes categorías profesionales del HSFQ, que en reuniones varias, fueron capacitándose y desarrollando la misión, visión y valores del HSFQ y a posteriori, el propio Plan Estratégico y sus planes de gestión y operativos.

El cuadro de la **tabla 21-7**, presenta el cronograma de reuniones, charlas, exposiciones que se realizaron con los diferentes grupos de trabajo:

En este tiempo, se modifica y define la **Misión** propuesta al principio del HSFQ como [57]:

“Satisfacer las expectativas de los usuarios con agilidad, calidad, calidez, efectividad y seguridad con profesionales comprometidos”

FECHAS DE REUNIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO DEL HSFQ	
1	3 de agosto de 2012
2	30 de agosto de 2012
3	4 de septiembre de 2012
4	11 de septiembre de 2012
5	21 de septiembre de 2012
6	3 de octubre de 2012
7	7 de marzo de 2013
8	2 de abril de 2013
9	5 de abril de 2013
10	30 de abril de 2013

Tabla 21-7. Fechas de reuniones realizadas para el diseño y desarrollo del Plan Estratégico del HSFQ.

La integración de la asistencia, la docencia y la investigación, se configuran como elementos clave para atraer, motivar e incentivar a los mejores profesionales, que trabajan integrados en equipos multidisciplinares, y se sienten orgullosos de pertenecer a un hospital con señas de identidad propia, comprometido con el uso adecuado de los recursos, la transparencia y la evaluación de sus resultados, la innovación y desarrollo del talento humano.

A partir de ella, se produce el análisis de la visión, y la modificación oportuna, en donde la nueva Visión a dos años del Hospital es [57]:

“Ser un referente en atención médica integral y especializada como ejemplo de Red de Salud, alineado con los avances tecnológicos y científicos, apoyado en profesionales altamente cualificados, gestores del conocimiento generadores de un entorno laboral que promueve su desarrollo.”

Ello implica que: El Hospital San Francisco de Quito será un referente de vanguardia en el campo de la asistencia especializada a los problemas de salud de los pacientes, que eligen al Hospital por proporcionar una atención accesible, ágil, fiable e innovadora, prestada por profesionales excelentes que utilizan de forma adecuada los medios y la tecnología disponible. El Hospital estará dotado de una organización eficiente y flexi-

ble capaz de adaptarse con rapidez a los cambios del entorno, que propicia la gestión del conocimiento y la investigación clínico-epidemiológica.

En la Misión y Visión anteriores se centran unos valores los cuales se han definido como:

- **Actitud proactiva**
- **Trabajo en equipo:** Compromiso conjunto para lograr nuestros objetivos.
- **Respeto:** A los derechos y valores de las personas, la sociedad y el medio ambiente.
- **Compromiso**
- **Eficiencia:** La utilización adecuada de los recursos que nos son asignados.

Establecidas la Misión, la Visión y los Valores del HSFQ, se definen conjuntamente los 6 **Ejes Estratégicos en reunión de grupo de trabajo**, en los cuales se basarán las **líneas estratégicas**, y de las cuales se desplegarán los **objetivos de gestión y planes de actuación (Figura 21-7)**.

Ejes estratégicos

El desarrollo de las líneas de actuación o planes de acción se sustentan en el logro de la “excelencia per se”, como objetivo impulsor de toda las actuaciones del Hospital, siendo esta el fin último al que se orienta la organización y gestión del HSFQ, y considerando a los principales grupos de interés implicados en su concreción y desarrollo:



Figura 21-7. Ejes Estratégicos del Plan Estratégico del HSFQ.

- **El Ciudadano:** en el que se centra toda la actividad del Hospital, erigiéndose en piedra angular del sistema de salud, hacia quien se debe de orientar toda la Organización.
- **La organización:** el éxito de la organización, es el éxito de todos. Sin clientes, la organización no es posible, y sin organización, todo lo que existe en ella, desaparece. Por ello es importante conseguir el compromiso, lealtad e integración de todos los elementos que forman el hospital San Francisco de Quito, y a su vez el IESS, con el fin de dar sostenibilidad al proyecto.
- **Los Profesionales:** responsables de la atención que se presta en el Hospital, y auténticos decisores del uso que se hace de los recursos. De los resultados de su actuación depende en gran medida el grado de satisfacción del paciente, la calidad técnica de la prestación y la adecuación de la práctica clínica a los requerimientos asistenciales. Su desempeño profesional puede ser facilitado por determinados instrumentos que, además de agilizar su trabajo diario y eliminar rutinas administrativas innecesarias, proporcionen soporte para la adopción de las decisiones más idóneas en su actividad asistencial, docente e investigadora.
- **Los gestores:** como facilitadores y responsables de la dirección y coordinación, propi-

ciando la incorporación de herramientas que mejoren la administración de los medios y recursos en la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la eficacia.

En este contexto, se han definido los objetivos y líneas de actuación que a continuación se desarrollan [80].

Objetivos del plan estratégico

OBJETIVO PRINCIPAL

Operativizar el desarrollo de la estrategia del HSFQ en una serie de líneas de actuación (o planes de acción) que garanticen el logro de la Visión definida para el mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El desarrollo de las líneas estratégicas para el HSFQ está orientado a la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- Implementar desde el inicio de la actividad del HSFQ una cultura de trabajo bajo el prisma de “orientación hacia resultados”.
- Establecer criterios y mecanismos para situar al paciente en el centro de la actividad, salvaguardando su **intimidad y privacidad**, siendo partícipe de su proceso asistencial, buscando en todas las acciones realizadas el mejor

resultado de atención en salud así como el mayor grado de satisfacción del usuario.

- Contribuir a la descentralización efectiva de la gestión en los servicios, estableciendo los objetivos a cumplir por parte de las diferentes unidades, tanto asistenciales como de soporte del HSFQ.
- Fomentar la estrecha colaboración entre el HSFQ y los centros de atención ambulatoria de su área, así como con su hospital de referencia.
- Implantar criterios de eficiencia del capital humano en relación a la política de personal, con una orientación claramente motivadora y generadora de sentimiento de pertenencia en el personal.
- Incorporar las **tecnologías médicas con criterios de costo efectividad** y adecuación a la cartera de servicios del HSFQ.
- Potenciar nuevas fórmulas de gestión logística:
 - Creación de catálogo de productos y establecimientos de protocolos para nuevas incorporaciones.
 - Establecimiento de pactos de consumo con las unidades peticionarias del HSFQ.
 - Implantar el sistema de unidosis en la dispensación farmacoterapéutica, soportada por un sistema de información accesible, operativa y con capacidad suficiente.
- Introducir **fórmulas innovadoras de gestión de los servicios generales** que contribuyan a añadir valor a la actividad asistencial.
- Primar el papel directriz de las **tecnologías de la información** a partir de:
 - Configuración del centro como “hospital sin papel”.
 - Instauración de la Historia Clínica Electrónica con todas las garantías de seguridad y acceso a los profesionales autorizados.
 - Peticiones de pruebas y prescripciones, así como sus resultados y seguimiento en formato electrónico, con especial relevancia de la imagen diagnóstica.
 - Facilidad de acceso a herramientas de apoyo en la toma de decisiones.

Metodología de trabajo del plan estratégico

Tomando como base cada uno de estos ejes, en este documento se completó el desarrollo estratégico del Hospital mediante la definición de las líneas estratégicas. Una vez establecidas al menos dos líneas estratégicas por cada uno de los ejes definidos, se fijaron objetivos de gestión y/o planes de actuación, debidamente planificados, que sirvieron para guiar las actuaciones del HSFQ en los dos años siguientes, una vez consolidado el funcionamiento y esquema de gestión básico en el transcurso del año 2012. De esta manera se obtendrá como producto el “Desarrollo del Plan Estratégico – Modelo Organizativo y de Gestión del HSFQ 2013-2014.

En principio, la planificación de cada uno de los Planes Operativos u Objetivos de gestión propuestos, se estableció en periodos de ejecución determinados y planificados. Una vez aprobado el Plan estratégico y todas sus actuaciones, se establecieron las fechas concretas de ejecución en el transcurso del periodo 2013-2014, según las necesidades y la organización.

La definición de recursos necesarios se revisó y adecuó a la realidad del momento, así como la totalidad y resto de la planificación de cada una de las actuaciones (P.e. Plan de Gestión y Acuerdo de Gestión).

En caso de que por diversos motivos (recursos, plazos, etc) no se pudieran implantar algunas de las actuaciones previstas en el 2013, pasarían a ser ejecutadas y modificadas en sus plazos en el año 2014. Esto se identificaría en las revisiones trimestrales del propio Plan Estratégico.

Cada uno de los Planes Operativos u Objetivos de Gestión se planificaron de tal manera que tenían asignados para ser desarrollados un responsable o coordinador, designado desde la dirección, el cual se encargó del seguimiento y ejecución de los mismos (**Figura 22-7**).

De acuerdo con estos criterios y metodología, se definieron unos **proyectos u objetivos de gestión**, cada uno de los cuales incluía:

- Un **cronograma** de ejecución, con sus correspondientes fechas de inicio de la primera ac-

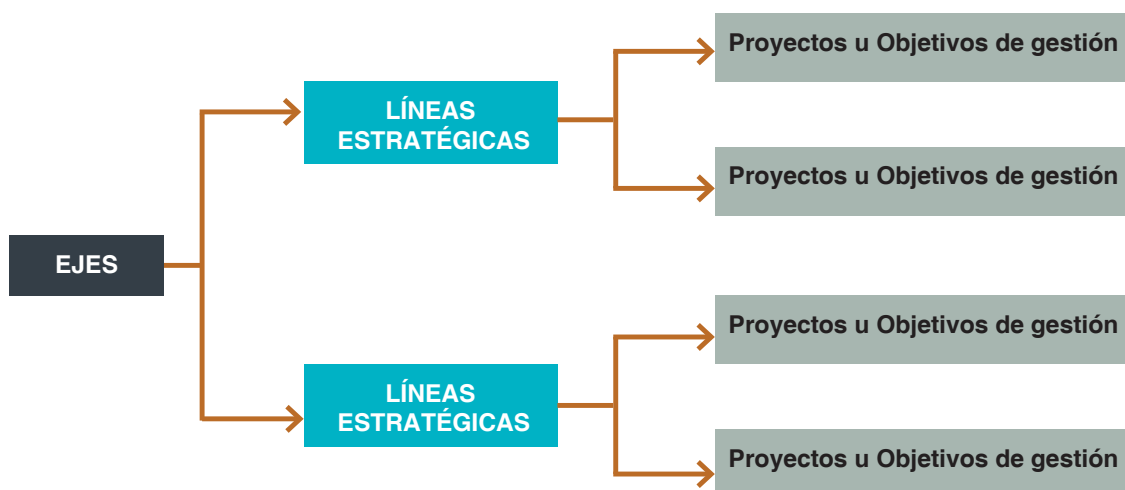


Figura 22-7. Esquema de relación entre Ejes Estratégicos, Líneas Estratégicas y Proyectos u Objetivos Operativos del Plan Estratégico del HSFQ.

ción y duración total del plan de actuación.

- Un **responsable** operativo del conjunto del Plan, por más que el Director Gerente del Hospital sea el responsable último de todos los planes que se proponen.
- Un conjunto de **acciones a desarrollar**, con sus respectivos participantes/implicados y fechas estimadas en las que deberán llevarse a cabo para garantizar el logro de los objetivos.
- Los **factores críticos de éxito**
- Los **recursos necesarios**
- El **impacto** esperado del Plan
- Los **indicadores de evaluación** de la implementación del Plan.

Cada Plan de actuación según se expone más adelante, estaba delimitado y perfilado de forma participativa por el equipo de dirección del HSFQ y los responsables o coordinadores asignados, para su implementación, fundamentalmente mandos intermedios de las unidades y servicios del Hospital.

FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

Existen una serie de factores clave que pueden influir en el desarrollo e implementación de las líneas de actuación, entre los que destacan [107]:

- El liderazgo del equipo de dirección para conseguir la participación e implicación de los profesionales.
- La existencia en la plantilla del HSFQ de profesionales que posean experiencia y formación para el desempeño de determinados puestos estratégicos, y en ausencia de dicha experiencia, se deberá realizar una previa capacitación específica a los profesionales con un perfil adecuado.
- La capacitación del personal del centro en el empleo de determinados instrumentos de gestión.
- Mantener como referente la reforma asistencial del IESS y la voluntad política y apuesta decidida por un nuevo modelo de gestión, que subyace en la configuración de los ejes estratégicos del Hospital:
 - El compromiso con la gestión de calidad en la atención.
 - La integración clínico-asistencial basada en la gestión y en la integración de procesos y servicios asistenciales y no asistenciales.
 - El aprovechamiento de las oportunidades que brindan las nuevas tecnologías de la información y comunicación a favor de la rapidez, la seguridad, la integración y la eficacia.

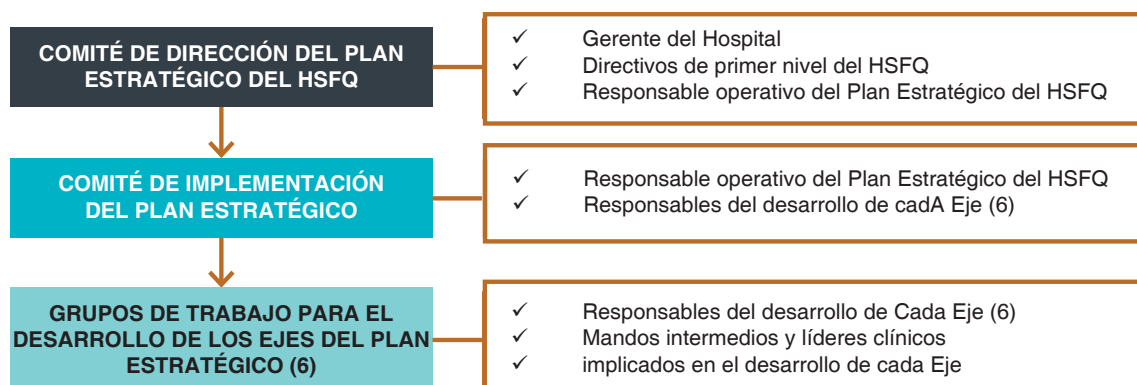


Figura 23-7. *Comités y grupos de trabajo alrededor del diseño y desarrollo del Plan Estratégico del HSFQ.*

- La coordinación entre servicios y niveles asistenciales para asegurar la continuidad asistencial y reducir los costes innecesarios de la atención, estableciendo mecanismos para la mejora continua basada en las mejores prácticas.
- El desarrollo del talento humano basado en la participación, el compromiso responsable y la incentivación al cumplimiento de los objetivos.
- El fomento de las actuaciones que conlleven responsabilidad del paciente sobre el control de su enfermedad y el auto cuidado.
- La aplicación de partidas presupuestarias específicas que se requieren para determinadas actuaciones.

IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

Se consideró la necesidad imperiosa de disponer de una estrategia de actuación definida en relación al funcionamiento del Hospital, y definir la redacción del Plan Estratégico del HSFQ con la participación de los directivos y profesionales del centro.

Por ello, antes de proceder al despliegue de las Líneas de actuación que desarrollaban el Plan estratégico, fue imprescindible que directivos y profesionales del Hospital “hicieran suyo el Plan Estratégico”, se impliquen activamente en su desarrollo y en el despliegue e implementación de las Líneas de actuación que aquí se proponen.

Para ello se llevaron a cabo y se realizarán, las

siguientes actuaciones para el despliegue de las Líneas de actuación:

- Desarrollo y establecimiento de las líneas estratégicas del HSFQ a través de reuniones entre los miembros del equipo directivo local y el equipo directivo asesor del HSFQ. (Tabla anterior de fechas de reuniones)
- Desarrollo de los Objetivos de gestión y/o planes operativos de cada una de las líneas estratégicas.
- **Validación del Plan estratégico 2013-2014 por parte de la Comisión de Dirección del HSFQ** que se constituirá en Comité de Dirección del Plan Estratégico.
- **Designación de Responsables:**
 - **Responsable del Plan Estratégico del HSFQ**, que sin perjuicio de la máxima responsabilidad final del Director Gerente del Hospital, sea el responsable operativo de promover y coordinar el despliegue e implementación de las actuaciones que desarrollan el Plan estratégico.
 - **Responsables operativos del despliegue y desarrollo de cada Eje** definitorio del modelo de hospital, y de las líneas de actuación establecidas para el logro de los respectivos objetivos estratégicos y operativos.
- **Constitución de Comités de dirección y Grupos de trabajo** para el despliegue y desarrollo del Plan estratégico y las Líneas de actuación. En este sentido se hizo la propuesta tal y como se identifica en la **figura 23-7**.

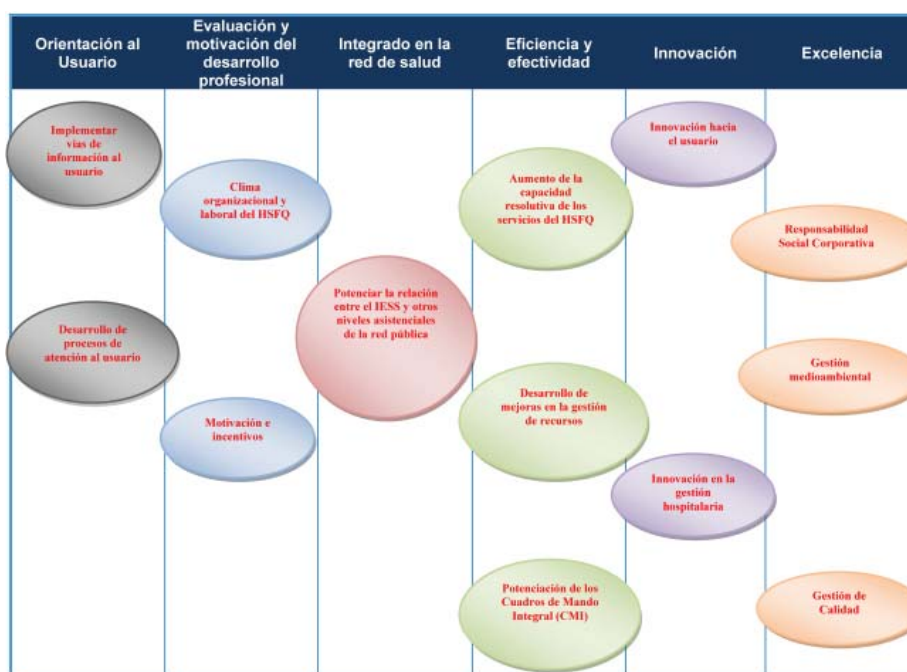


Figura 24-7. Esquema de Ejes Estratégicos y sus Líneas Estratégicas.

Las líneas de actuación que se propusieron, plantearon un escenario temporal de dos años, al cabo de los cuales se recomendó revisar el conjunto de la estrategia del HSFQ, y ya con la información obtenida en sus dos primeros años de actividad, y en el contexto existente en ese momento, se elabore un nuevo Plan Estratégico para los años siguientes.

No obstante, la necesidad de revisar globalmente la estrategia del Hospital, no eximía de la necesaria evaluación trimestral del grado de cumplimiento de las acciones previstas en las Líneas de Actuación y del impacto de éstas sobre los objetivos estratégicos y operativos.

Despliegue de la estrategia del hospital

Partiendo de la formulación de los Ejes definitorios del Modelo de hospital aprobado por el IESS para el HSFQ, y en el contexto de las implicaciones derivadas de la Misión, Visión y Valores del Hospital, se definieron **14 líneas estratégicas** para el periodo 2013-2014 (**Figura 24-7**).

Cada línea estratégica se desplegó en una serie de proyectos u objetivos de gestión (2 o 3 máxi-

mo), según se estableció. El Plan Estratégico final presentó **28 Planes Operativos u Objetivos de Gestión**. Estos planes de actuación u objetivos de gestión debían estar planificados según se ha descrito anteriormente.

Los objetivos se definieron de tal forma que su consecución contribuya al logro de la Visión del HSFQ como un **Hospital de Excelencia**.

Ejes & líneas estratégicas & planes operativos u objetivos de gestión

1. EJE: ORIENTACIÓN AL USUARIO

2. EJE: EVALUACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL

3. EJE: INTEGRACIÓN EN LA RED DEL IESS

4. EJE: EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD

5. EJE: INNOVACIÓN

6. EJE: EXCELENCIA

1. EJE: ORIENTACIÓN AL USUARIO

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS DE GESTIÓN PLANES OPERATIVOS
LE1.1.- Implementar vías de información al usuario	OG/PO – 1.1.1 Elaborar e implementar la guía de acogida del HSFQ
	OG/PO – 1.1.2 Reforzar la señalética para la mejor orientación y ubicación de los usuarios
	OG/PO – 1.1.3 Utilización de los medios audiovisuales como vías de información al usuario
LE1.2.- Desarrollo de procesos de atención al usuario	OG/PO – 1.2.1 Desarrollar e implantar el proceso de obtención de información sobre el grado de satisfacción del usuario
	OG/PO – 1.2.2 Mejorar la interacción entre los profesionales y los usuarios en la atención, a través de la capacitación de al menos el 50% de los profesionales con atención directa de usuarios, en "Atención al Usuario"

Tabla 22-7. Líneas Estratégicas, Objetivos de Gestión y/o proyectos Operativos del Eje Estratégico 1: Orientación al usuario

2. EJE: EVALUACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL DESARROLLO PROFESIONAL

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS DE GESTIÓN PLANES OPERATIVOS
LE2.1.- Clima Organizacional y laboral del HSFQ	OG/PO – 2.1.1 Realizar el diagnóstico del clima laboral de los profesionales del HSFQ
	OG/PO – 2.2.2 Realizar el Benchmarking con los datos obtenidos de la encuesta de clima laboral con los mejores del sector.
LE2.2.- Motivación e incentivos	OG/PO – 2.2.1 Creación de un sistema de pago por incentivos por objetivos. Si es posible se debe relacionar con un Contrato o Acuerdo de gestión entre el IESS y el HSFQ
	OG/PO – 2.2.2 Sistema de búsqueda y actualización de acuerdos con empresas y organizaciones para la obtención de beneficios a los trabajadores del HSFQ

Tabla 23-7. Líneas Estratégicas, Objetivos de Gestión y/o proyectos Operativos del Eje Estratégico 2: Evaluación y motivación del desarrollo profesional

3. EJE: INTEGRACIÓN EN LA RED DEL IEES

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS DE GESTIÓN PLANES OPERATIVOS
LE3.1.-Potenciar las relaciones entre el IEES y otros niveles asistenciales de la red pública	OG/PO – 3.1.1 Establecer acuerdos de derivación entre el HSFQ y otras unidades miembros de la RPIS
	OG/PO – 3.1.2 Establecer con los centros de ap de nuestra área de influencia los criterios de derivación al hospital en base a los protocolos compartidos por las unidades de la RPIS

Tabla 24-7. Líneas Estratégicas, Objetivos de Gestión y/o proyectos Operativos del Eje Estratégico 3: Integración en la red del IEES

4. EJE: EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS DE GESTIÓN PLANES OPERATIVOS
LE4.1.-Aumento de la capacidad resolutoria de los servicios del HSFQ	OG/PO – 4.1.1 Implantación de un GMAO (Gestión del mantenimiento asistido por ordenador), en todos los elementos del HSFQ (Equipos, infraestructuras, instalaciones, etc...)
	OG/PO – 4.1.2 Incremento del grado de conversión de cirugías con ingreso en cirugía ambulatoria
	OG/PO – 4.1.3 Definir y proponer un acuerdo o contrato de gestión anual con la Dirección del IEES. Sistematizar.
LE4.2.-Desarrollo de mejoras en la gestión de recursos	OG/PO – 4.2.1 Creación de la unidad de facturación del HSFQ en relación al nuevo sistema de gestión hospitalaria a implantarse
LE4.3.-Potenciación de los Cuadros de Mando (CMI Y CMP)	OG/PO – 4.3.1 Obtención y explotación de datos a través de un sistema informático avanzado
	OG/PO – 4.3.2 Disponibilidad en red para todo el HSFQ de los datos relevantes del HSFQ

Tabla 25-7. Líneas Estratégicas, Objetivos de Gestión y/o proyectos Operativos del Eje Estratégico 4: Eficiencia y efectividad

5. EJE: INNOVACIÓN

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS DE GESTIÓN PLANES OPERATIVOS
LE5.1.-Innovación hacia el usuario	OG/PO – 5.1.1 Implantar un sistema de información recordatorio de citas, intervenciones Qx, y pruebas diagnósticas a través de SMS, email, etc...
	OG/PO – 5.1.2 Implantación de la pulsera identificativa en los procesos de emergencias, hospitalización, cirugía, UCI, etc.
	OG/PO – 5.1.3 Implantación de un sistema de información electrónica en emergencias que facilite la ubicación exacta y estado del proceso asistencial del paciente, con el objetivo de mantener informado a los acompañantes y familiares en todo momento
LE5.2.-Innovación en la gestión hospitalaria	OG/PO – 5.2.1 Implantación de un sistema de almacenamiento por doble compartimento (KASBAN) con lectura no presencial (radio-frecuencia) en los almacenes periféricos.
	OG/PO – 5.2.2 Instalación de kioscos informativos de consulta y trámite, y de gestión de citas de CCEE.
	OG/PO – 5.2.3 Implantación de un sistema de RFID para la gestión de activos fijos y bodegas

Tabla 26-7. Líneas Estratégicas, Objetivos de Gestión y/o proyectos Operativos del Eje Estratégico 5: Innovación.

6. EJE: EXCELENCIA

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	OBJETIVOS DE GESTIÓN PLANES OPERATIVOS
LE6.1.-Responsabilidad Social Corporativa	OG/PO – 6.1.1 Realización de la segunda edición de "Operación Sonrisa" en el HSFQ
	OG/PO – 6.1.2 Realizar un análisis e informe de diagnóstico respecto de la situación del HSFQ con la norma internacional de RSC
LE6.2.-Gestión medioambiental	OG/PO – 6.2.1 Implantación y certificación de la norma ISO 14001 en el HSFQ
LE6.3.-Gestión de Calidad	OG/PO – 6.3.1 Implantación y certificación de la norma ISO 9001 en el HSFQ

Tabla 27-7. Líneas Estratégicas, Objetivos de Gestión y/o proyectos Operativos del Eje Estratégico 6: Excelencia

Desarrollo de las líneas de actuación

Se han elaborado un total de 28 Planes Operativos u Objetivos de Gestión, correspondientes a 6 ejes estratégicos, con una totalidad de 14 líneas estratégicas, cuyo contenido se recoge en una ficha-resumen que contiene toda la información

necesaria para su desarrollo.

A continuación se presenta como ejemplo para ver el despliegue y desarrollo del Plan Estratégico, el primero de los Ejes Estratégicos, así como los Planes Operativos correspondientes a su desarrollo (**Figuras de la 25-7 a la figura 30-7**).

OBJETIVO DE GESTIÓN PLAN OPERATIVO	RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN
Elaborar e implementar la guía de acogida al usuario del HSQ	N.O.P.D.
Reforzar la señalética del HSQ	N.O.P.D.
Utilización de los medios audiovisuales como vía de información al usuario	N.O.P.D.
Desarrollar e implantar el proceso de obtención de información sobre el grado de satisfacción del usuario	N.O.P.D.
Mejorar la interacción entre los profesionales y los usuarios en la atención, a través de la capacitación de al menos el 50% de los profesionales con atención directa de usuarios, en "Atención al Usuario"	N.O.P.D.

Figura 25-7. Planificación con responsables de los Ejes Estratégicos. Ejemplo Eje de "Orientación al usuario"

ORIENTACION AL USUARIO				
EJE	ORIENTACION AL USUARIO	Línea estratégica	IMPLEMENTACION DE VIAS DE INFORMACION AL USUARIO DEL HSQ	
Objetivo operativo	ELABORAR E IMPLEMENTAR LA GUIA DE ACOGIDA AL USUARIO DEL HSQ			
Fecha inicio		Duración	11 meses	Responsable
Acciones		Participantes		Fecha
1.- Revisión y mejora de la guía del usuario existente		Grupo de trabajo		2 meses
2.- Cotización del material guía del usuario		Financiero		1 mes
3.- Capacitación al personal médico y de admisión sobre la guía del usuario		Grupo de trabajo – Docencia		3 meses
4.- Asignar personal de admisión para la entrega e inducción de los pacientes programados para cirugías		RRHH		1 mes
5.- Elaboración de la guía de alta		Grupo de trabajo – Docencia		1 mes
6.- Elaboración y aplicación de la encuesta de satisfacción		Grupo de trabajo		2 meses
7.- Impresión y difusión de la guía del usuario		Grupo de trabajo		1 mes
Factores críticos de éxito		Recursos necesarios		
Resistencia del personal a manejar la guía del usuario		Humanos		
		Técnicos		
Limitación presupuestaria para la contratación o asignación de personal para inducción de la guía del usuario		Económicos	Oficinista sueldo mensual 762 *12	
Limitación presupuestaria para la elaboración física de la guía del usuario.		Otros	Por confirmar el valor por material de impresión y volumen de impresión	
Impacto esperado		Indicadores de evaluación		
Mayor colaboración del paciente al tratamiento y cuidado de la unidad		Nº de quejas relacionadas con la atención hostelería		
Satisfacción del usuario con el servicio		% disminución de quejas de pacientes insatisfechos con el servicio		
		Índice de satisfacción de áreas hosteleras		

Figura 26-7. Plan de proyecto u objetivo de gestión (1). Ejemplo Eje de "Orientación al usuario"

ORIENTACION AL USUARIO				
EJE	ORIENTACIÓN AL USUARIO	Línea estratégica	IMPLEMENTACION DE VIAS DE INFORMACION AL USUARIO DEL HSFQ	
Objetivo operativo	REFORZAR LA SEÑALÉTICA DEL HSFQ			
Fecha inicio		Duración	9 MESES	Responsable
Acciones		Participantes		Fecha
1.- Diagnosticar las necesidades de señalética adicional en cada servicio		Director SSGG		1 mes
2.- Detalle de necesidades de señalética por servicio y priorización		Coordinadores servicio y Director SSGG		1 mes
3.- Búsqueda de proveedores y análisis de ofertas		Director SSGG		½ mes
4.- Presentación de análisis económico para aprobación de responsables		Director SSGG		½ mes
5.- Aprobación del modelo final del proyecto y las ofertas económicas		Director Administrativo		1 mes
6.- Planificación y diseño de la señalética		Empresa Externa		1 mes
7.- Seguimiento de la elaboración de la señalética		Director SSGG		1 mes
8.- Entrega de la señalética al hospital		Director SSGG		1 mes
9.- Colocación de la señalética en el hospital		Director SSGG		1 mes
10.- Evaluación de la señalética y correcciones si es el caso		Director SSGG		1 mes
Factores críticos de éxito		Recursos necesarios		
El preciso diagnóstico de las necesidades de señalética adicional		No definidos por el Responsable		
Detalle de pliegos de las especificaciones del proveedor		No definidos por el Responsable		
Seguimiento de entrega de la señalética				
No distorsione la señalética actual				
Impacto esperado		Indicadores de evaluación		
Mejorar la ubicación de las diferentes áreas del HSFQ		Nº Reclamaciones relacionadas con la orientación de las diferentes áreas		
Ayudar a los pacientes a dirigirse a las diferentes áreas sin ayuda personal.		Nº de solicitudes de información de dependencias		
Disminución de los recursos asignados a la información				

Figura 27-7. Plan de proyecto u objetivo de gestión (2). Ejemplo Eje de “Orientación al usuario”

ORIENTACION AL USUARIO				
EJE	ORIENTACION AL USUARIO	Línea estratégica	IMPLEMENTACION DE VIAS DE INFORMACION AL USUARIO HSFQ	
Objetivo operativo	UTILIZACION DE LOS MEDIOS AUDIOVISUALES COMO VIAS DE INFORMACION AL USUARIO			
Fecha inicio		Duración	8 MESES	Responsable
Acciones		Participantes		Fecha
1.- Analizar los medios audiovisuales disponibles en el hospital		Activos Fijos		½ mes
2.- Reubicación estratégica de los recursos audiovisuales		Grupo de Trabajo		½ mes
3.- Determinación de nuevas necesidad tecnológicas audiovisuales		TIC's / Grupo de Trabajo		½ mes
4.- Análisis y propuestas de nuevos contenidos		Comisión de Dirección - IDF		2 meses
5.- Proceso de adquisiciones de las nuevas necesidades tecnológicas		Adquisiciones		2 meses
6.- Revisión y aprobación de los nuevos contenidos		Comisión de Dirección		½ mes
7.- Implementación de los nuevos contenidos		TIC's		2 meses
Factores criticos de éxito		Recursos necesarios		
Segmentación de los usuarios por uso de tecnología	HUMANOS	\$ 4.104 (hora de trabajo 6.84 dólares /10 personas (RR.HH. interno) (diez personas *10 horas mensuales*6 meses duración del proyecto)		
Nivel cultural del usuario	TECNOLOGICOS	Adquisición de nuevos equipos audiovisuales (a determinar) costos de referencia 500 dólares pantallas		
Disponibilidad de medios en lugares estratégicos	ECONOMICOS	Empresa de marketing. Realización e implementación/60.000 (video publicitario/desarrollo software web/plataforma SMS/redes sociales)		
Adquisición de medios tecnológicos nuevos	OTROS			
disponibilidad de personas que participan en el proyecto	OTROS			
Impacto esperado		Indicadores de evaluación		
Mejora en la transmisión de información desde el HSFQ a los usuarios		Encuestas de Nivel de satisfacción		
Aumento de la transparencia en los procesos del HSFQ de cara al usuario		Nº de mensajes diferentes expuestos por mes		

Figura 28-7. Plan de proyecto u objetivo de gestión (3). Ejemplo Eje de “Orientación al usuario”.

ORIENTACIÓN AL USUARIO				
EJE	ORIENTACIÓN AL USUARIO	Línea estratégica	DESARROLLO DE PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO	
Objetivo operativo	DESARROLLAR E IMPLEMENTAR EL PROCESO DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO			
Fecha inicio		Duración	7.5 meses	Responsable
Acciones		Participantes		Fecha
1.-Definición del grupo de trabajo.		SAU, Admisiones, Enfermería, Limpieza, Estadística		1 mes
2.-Definición de áreas de interés y usuarios a encuestar.		SAU, Admisiones, Comisión de Dirección		1 mes
3.-Establecer muestra, alcance y procedimiento.		Estadística, SAU		1 mes
4.-Aprobación del proyecto.		Comisión de Dirección		1 mes
5.-Encuestar a los usuarios.		Personal del HSFQ a definir		½ mes
6.-Tabular datos.		Estadística		1 mes
7.-Análisis de resultados (informe o presentación).		SAU		1 mes
8.-Propuestas y acciones.		Comisión de Dirección		1 mes
Factores críticos de éxito		Recursos necesarios		
Participación esperada del usuario.		Humanos	Se necesita el trabajo de 3 encuestadores por día para obtener 200 encuestas según el área a evaluar, tomando en cuenta que va a trabajar 8 horas encuestando.	
Diseño adecuado de la encuesta.				
Datos confiables.		Económicos	-La hora de trabajo de un oficinista cuesta 4.75\$ aproximadamente, el mismo es capaz de hacer 70 encuestas en 8 horas tomando en cuenta que la misma dura 5 minutos. - La empresa Sprocket Marketing a través de la metodología LOOPA (6 grupos focales, 120 entrevistas, 1200 encuestas, 30 clientes ocultos, matrices e informes) nos cuesta 32466\$ en 30días laborales.	
		Suministros	-Resma de 500 hojas 4.27\$ aproximadamente (podríamos usar hojas recicladas para las encuestas) -Esferos 0.17\$ aproximadamente -Toner 350\$ dólares aproximadamente, 35000 impresiones aproximadamente	
Impacto esperado		Indicadores de evaluación		
Conocer la percepción del usuario de los servicios que ofrece el HSFQ		Nº de ítems por debajo de la media del HSFQ		
Identificar oportunidades de mejora		Tendencias entre dos procesos de encuestas		
Imagen que tiene el usuario del hospital y expectativas		Disminución de nº de reclamaciones entre dos periodos anuales.		

Figura 29-7. Plan de proyecto u objetivo de gestión (4). Ejemplo Eje de "Orientación al usuario".

ORIENTACIÓN AL USUARIO				
EJE	ORIENTACIÓN AL USUARIO	Línea estratégica	DESARROLLO DE PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO	
Objetivo operativo	MEJORAR LA INTERACCIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES Y USUARIOS EN LA ATENCIÓN, A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN DE AL MENOS EL 50% DE LOS PROFESIONALES CON ATENCIÓN DIRECTA DE USUARIOS EN "ATENCIÓN AL USUARIO"			
Fecha inicio		Duración	5 meses	Responsable
Acciones		Participantes		Fecha
1.- Estudio de los profesionales que tienen contacto directo con el Usuario. - Priorizar el N° de personas para cumplir con el 50% de personal capacitado, estableciendo los profesionales a los que debe ir dirigido la actividad formativa.		RRHH		1 mes
2.- Diseño de un programa de capacitación para el cliente interno y externo. -Realizar talleres y laboratorios sobre relaciones humanas, comunicación efectiva y habilidades de negociación para el manejo de quejas y reclamaciones. -Diseñar un programa específico de capacitación al personal del HSFQ sobre atención al usuario orientado a las áreas en la que se encuentran laborando. -Elaborar un programa de capacitación continua en áreas donde los tiempos de espera y la estadía son largos.		Docencia Motivadores		3 meses
3.- Realizar un análisis financiero.		Docencia/ Atención al Usuario		
4.-Ejecutar el proyecto		Docencia/ Representantes de casas comerciales / Estudiante de Enfermería.		
5.- Realizar un seguimiento y análisis de la actividad formativa en su globalidad.		Docencia		
6.- Implementar un protocolo de atención al usuario. - Añadir tips de recomendaciones y retroalimentación con el usuario. - Estandarizar un saludo y despedida corporativa.		Docencia/ Atención al Usuario Atención al usuario		1 mes
		Docencia/ Atención al Usuario		
Factores críticos de éxito		Recursos Necesarios		
1.- Falta de predisposición del personal				
2.- Gran demanda de ptes versus N° de Talento Humano.		Contabilidad económica de lo anterior \$9000 aprox.		
3.- Disponibilidad de tiempo (horarios rotativos)				
4.- Falta de recursos Económicos.				
Impacto esperado		Indicadores de evaluación		
Mejorar la relación profesional-usuarios		N° de profesionales que han asistido a la actividad formativa		
Aumentar el grado de satisfacción y la confianza del usuario con el HSFQ		N° de reclamaciones relacionadas con el trato de los profesionales (Disminución)		
Unificar la atención tanto asistencial como no asistencial en todo el HSFQ				

Figura 30-7. Plan de proyecto u objetivo de gestión (5). Ejemplo Eje de "Orientación al usuario".

7.5. DISEÑO Y DIFUSIÓN DEL SISTEMA DE PRODUCTIVIDAD E INCENTIVOS

Dentro del Modelo de Gestión propuesto, y tras la implantación de las herramientas de medida del trabajo, capacidad y mejora, y como uno de los pilares del modelo de gestión propuesto, teníamos la obligación de relacionar de una manera operativa y estimulante, todo el trabajo y los resultados de trabajar con estas herramientas, y hacer partícipes a todos los profesionales del HSFQ. Además, la relación debía de ser de mutuo beneficio entre la organización y los profesionales [62].

Puesto que ya disponíamos de un sistema de trabajo operativo, “día a día” a través de la gestión por procesos, de un sistema que nos permitía tener conocimiento de nuestras máximas capacidades (Plan de Gestión), así como de comparar los datos entre los procesos y nuestra máxima capacidad productiva (Acuerdo de Gestión), y por último una herramienta que podía incluir los proyectos a ejecutar para la consecución de nuestros objetivos, y otras metas (Plan Estratégico), había que implicar a todos los profesionales en la implantación de las mismas, a través de un Sistema de Incentivos y Productividad adecuado.

Este sistema tenía la obligación de ligar y asegurar, que una disposición de incentivos para todos los profesionales del hospital, y en caso de su cumplimiento, una entrega de estos incentivos, se concretaba en una mejora de los resultados establecidos, en relación a todos los aspectos: actividad, calidad, eficiencia, productividad, etc.

Para esto, se estudió, desarrolló y presentó un Sistema de Incentivos y Productividad, comparado y extraído de otras prácticas realizadas en otros tipos de organizaciones (sanitarias y no sanitarias), y se expuso al equipo directivo local del HSFQ.

A continuación se incluye el procedimiento que describe el sistema de incentivos validado en el Hospital San Francisco para poner en práctica en el transcurso del año 2014-2015 en base a los datos obtenidos y a las negociaciones realizadas con los profesionales del centro.

Este procedimiento fue aceptado por todos los responsables del hospital para ser implantado.

A la finalización del proyecto y fin de la permanencia del Equipo Directivo Asesor, quedó pendiente la asignación de recursos monetarios por parte del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, con el fin de afrontar el periodo 2014 bajo este sistema (Figuras de la 31-7 a 42-7).

CÓDIGO:		NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	
IT		INSTRUCCIÓN TÉCNICA – SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD	

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Miguel Noblejas Castellanos		
Director Gerente Asesor		
FECHA: 2013-05-15	FECHA:	FECHA:

MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO				
FECHA	COMENTARIO	PÁGINA	PUNTO MODIFICADO	PASA A EDICIÓN
		DESDE	HASTA	
2013-05-15	Edición Inicial	Todo	Todo	0

IT - SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD EDICIÓN:0 2013-05-15

Toda edición impresa de este documento se considerará copia no autorizada, siendo la responsabilidad de su uso como obsoleto de la persona responsable de su impresión.

Página 1 de 12

Figura 31-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 1/12.

CÓDIGO:		NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	
IT		INSTRUCCIÓN TÉCNICA – SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD	

OBJETIVO

- ✓ La necesidad de mejora manifestada por los diferentes niveles de profesionales, con una mayor asimilación de los objetivos fijados a la estrategia general del Hospital.
- ✓ La necesidad de demostrar la influencia del modelo de gestión y trabajo de los profesionales en el buen hacer del HSFQ y la efectividad y eficiencia de su gestión. De esta manera se incorpora el 100% de los trabajadores del centro a la gestión y gobernabilidad del centro.
- ✓ La necesidad de asociar más claramente el objetivo Institucional de los trabajadores, a los objetivos generales marcados por el HSFQ y por el IESS de cara a los usuarios.

ALCANCE

Desde que un profesional es incorporado a la plantilla del HSFQ y cumple los requisitos para poder ser evaluado en todos sus ámbitos, hasta que se cierra el ejercicio con las conclusiones

DEFINICIONES (SI APLICA)

- **Incentivo/a.-** Que mueve o estimula a desear o hacer una cosa
- **Incentivar.-** Estimular con algún tipo de gratificación para que se desee o haga una cosa.

PROCEDIMIENTO / DESARROLLO

ANTECEDENTES

Con el fin de crear un procedimiento de evaluación y crear un sistema de incentivos, se propone este modelo orientado a simplificar las evaluaciones y ampliar el conocimiento y la participación de los profesionales en el cumplimiento de objetivos.

En esencia, este consiste en evaluar el cumplimiento de objetivos de Unidad e individuos de forma periódica (cuatrimestralmente), asociar de modo más explícito el objetivo institucional del centro a los definidos en nuestro contrato de gestión con el IESS y a su evaluación acorde con los criterios e indicadores definidos.

IT - SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD EDICIÓN:0 2013-05-15

Toda edición impresa de este documento se considerará copia no autorizada, siendo la responsabilidad de su uso como obsoleto de la persona responsable de su impresión.

Página 2 de 12

Figura 32-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 2/12.

CÓDIGO:		NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	
IT		INSTRUCCIÓN TÉCNICA – SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD	

DIRECCIÓN POR OBJETIVOS

La Dirección por Objetivos, como herramienta de gestión, permite identificar y evaluar el nivel de contribución de cada profesional al logro de los objetivos globales de la organización, vinculando estos con los objetivos de cada uno de los profesionales y de sus áreas o unidades.

La alineación de los objetivos individuales con los objetivos de la organización, pone de manifiesto la importancia de las personas, como activo clave en el desarrollo de la actividad y fines del proyecto empresarial. Contribuye, además, a poner de relieve metas y retos motivadores para los profesionales, a la vez que potenciamos su nivel de compromiso con el HSFQ.

Así, el sistema retributivo del personal del HSFQ podría contemplar una parte de retribución variable, a través de incentivos, destinada a la compensación por cumplimiento de objetivos de carácter Institucional, de Unidad o Servicio y objetivos individuales. Si así se establece, la forma de incentivar puede diferir de la retribución económica, siempre y cuando se concrete la sistemática de incentivación.

a) Objetivos Institucionales

El HSFQ vincularía necesariamente su actividad y financiación a los objetivos fijados por el IESS en el Acuerdo de Gestión. El cumplimiento de estos objetivos es condición necesaria para la obtención de la imprescindible financiación y, consecuentemente, puedan mantenerse los niveles de calidad y sostenibilidad que se requieren.

Los objetivos institucionales son definidos por la Dirección del Hospital, en relación al Acuerdo de Gestión que, anualmente, se celebra con el IESS, e implican a todos los profesionales de la organización en su consecución.

Se realizará una evaluación anual de los objetivos institucionales.

b) Objetivos de servicios, áreas o unidades de trabajo

Los objetivos de Servicio, Área o Unidad son definidos y pactados entre la Dirección del Hospital y los Coordinadores, Responsables de procesos asistenciales y responsables de estas áreas, unidades o servicios.

Estos objetivos afectan al entorno habitual de trabajo de cada una de las unidades de responsabilidad, Servicio o Área.

IT - SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD EDICIÓN:0 2013-05-15

Toda edición impresa de este documento se considerará copia no autorizada, siendo la responsabilidad de su uso como obsoleto de la persona responsable de su impresión.

Página 3 de 12

Figura 33-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 3/12

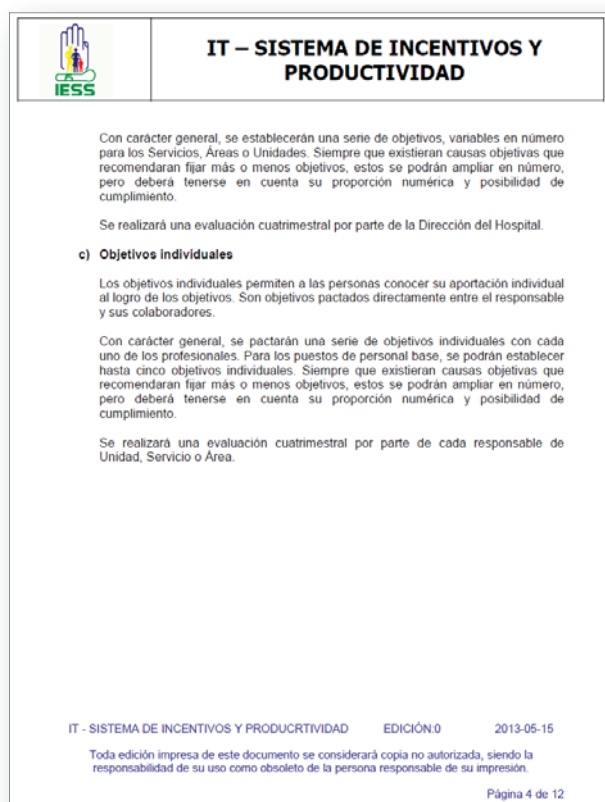


Figura 34-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 4/12

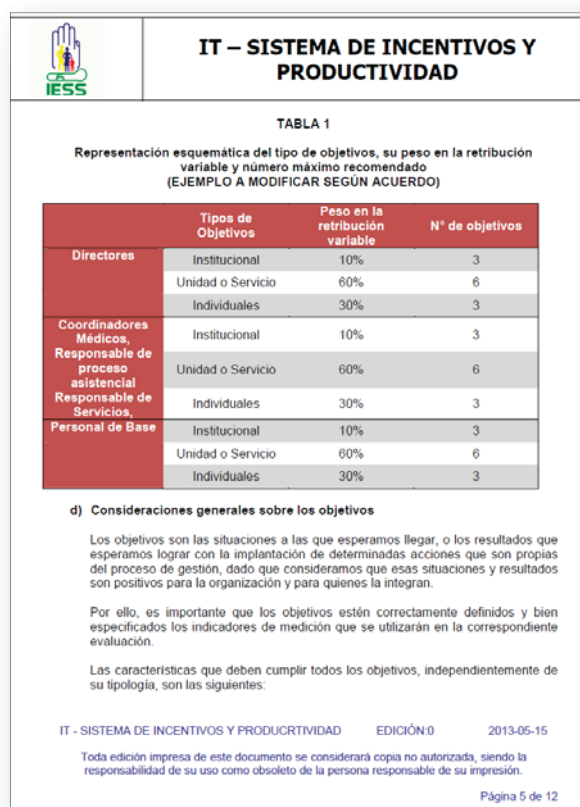


Figura 35-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 5/12.

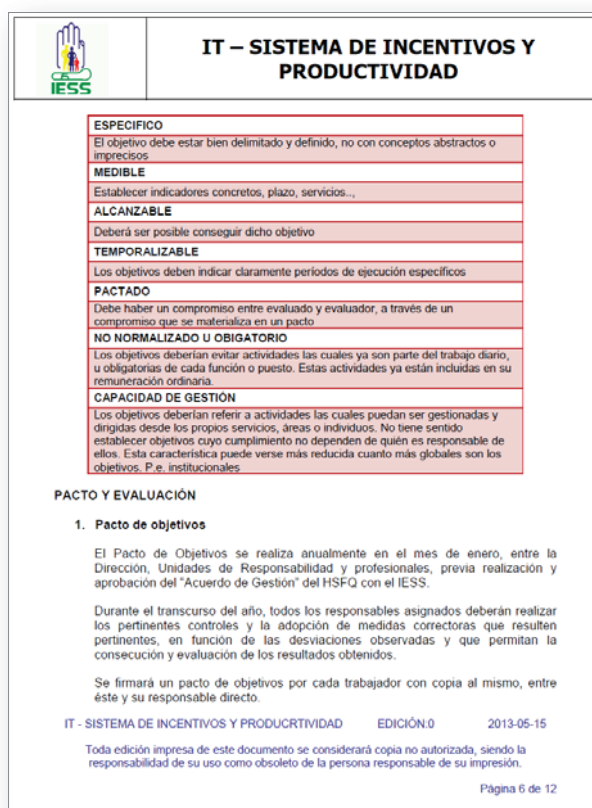


Figura 36-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 6/12.

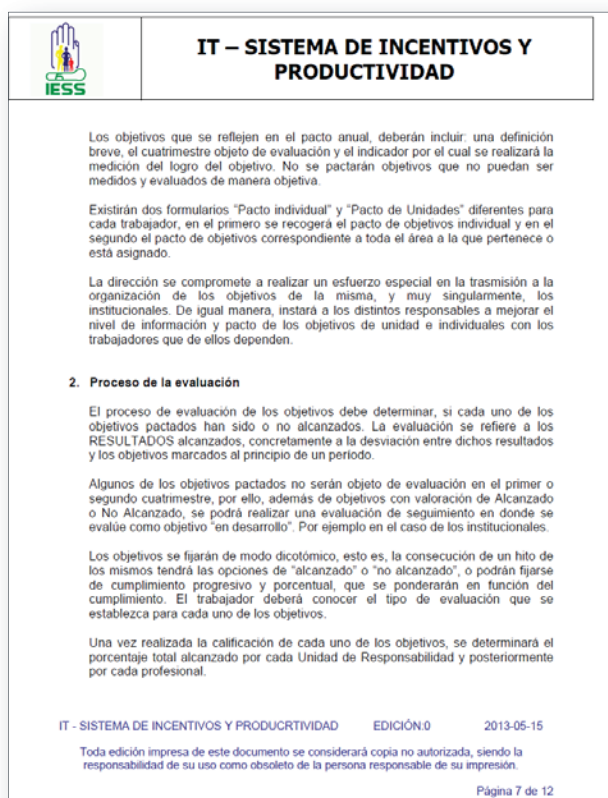


Figura 37-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 7/12

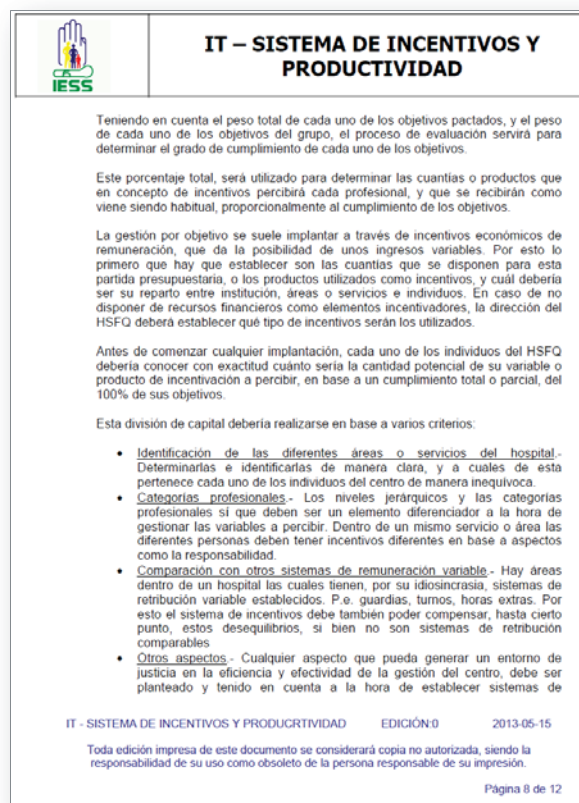


Figura 38-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 8/12

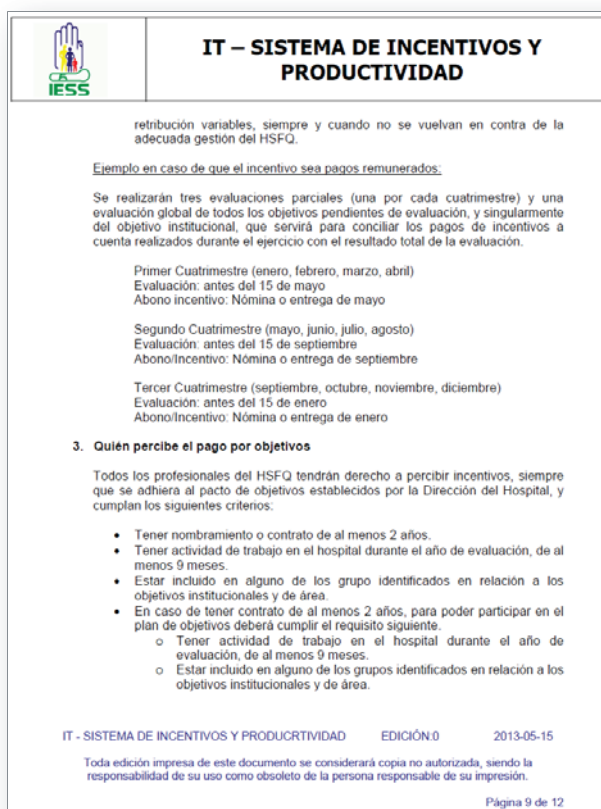


Figura 39-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 9/12.

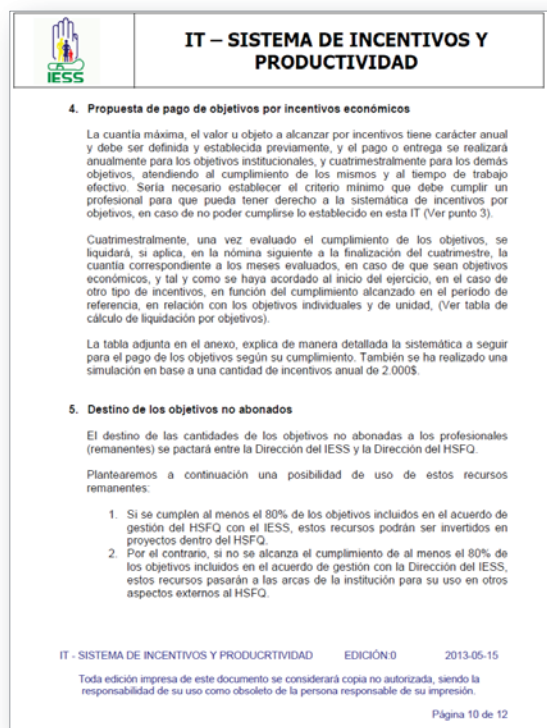


Figura 40-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 10/12.

IT – SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD

EJEMPLO DE TABULACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y COBRO DE OBJETIVOS

Tipo de objetivo	1º Cuatrimestre	2º Cuatrimestre	3º Cuatrimestre + Global	Observaciones
Institucional - 10%	NO APLICAN	NO APLICAN	• Cumplimiento de 1 obj. - NADA • Cumplimiento de 2 obj. - 6.6% • Cumplimiento de 3 obj. - 10%	Al menos hay que cumplir 2 de los 3 (Más del 50%)
3 objetivos				
Servicio o Área - 60%	• Se aplica un 20% • Se cobra un 3.3% por objetivo.	• Se aplica un 20% • Se cobra un 3.3% por objetivo.	• Se aplica un 20% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • Se cobra si se cumple el Global también.	Al menos hay que cumplir 4 de los 6 (Más del 50%)
6 objetivos				
Individual - 30%	• Se aplica un 10% • Se cobra un 3.3% por objetivo.	• Se aplica un 10% • Se cobra un 3.3% por objetivo.	• Se aplica un 10% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • Se cobra si se cumple el Global también.	Al menos hay que cumplir 2 de los 3 (Más del 50%)
3 objetivos				

SUPUESTO VARIABLE TOTAL DE 2000\$ DE UN INDIVIDUO

Tipo de objetivo	1º Cuatrimestre	2º Cuatrimestre	3º Cuatrimestre + Global	Observaciones
Institucional - 10% = 200\$	NO APLICAN	NO APLICAN	• Cumplimiento de 1 obj. - NADA • Cumplimiento de 2 obj. - 6.6% • Cumplimiento de 3 obj. - 10%	Al menos hay que cumplir 2 de los 3 (Más del 50%)
3 objetivos				
Servicio o Área - 60% = 1200\$	• Se aplica un 20% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • MAXIMO DE 400\$	• Se aplica un 20% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • MAXIMO DE 400\$	• Se aplica un 20% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • Se cobra si se cumple el Global también. • MAXIMO DE 400\$	Al menos hay que cumplir 4 de los 6 (Más del 50%)
6 objetivos				
Individual - 30% = 600\$	• Se aplica un 10% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • MAXIMO DE 200\$	• Se aplica un 10% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • MAXIMO DE 200\$	• Se aplica un 10% • Se cobra un 3.3% por objetivo. • Se cobra si se cumple el Global también. • MAXIMO DE 200\$	Al menos hay que cumplir 2 de los 3 (Más del 50%)
3 objetivos				
TOTALES A PERCIBIR	600\$	600\$	800\$	2000\$

IT - SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD EDICIÓN:0 2013-05-15

Toda edición impresa de este documento se considerará copia no autorizada, siendo la responsabilidad de su uso como obsoleto de la persona responsable de su impresión.

Página 11 de 12

Figura 41-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 11/12.

IT – SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD

BIBLIOGRAFIA / REFERENCIAS DOCUMENTALES

FLUJO (SI APLICA)

REGISTRO	SOPORTE	ARCHIVO	FORMA DE ACCESO	TIEMPO ALMACÉN
Pacto de Objetivos Individual	Papel	Área de RRHH	Año/Área/Profesional	5 años
Pacto de Objetivos de Área	Papel	Área de RRHH	Año/Área/Profesional	5 años

IT - SISTEMA DE INCENTIVOS Y PRODUCTIVIDAD EDICIÓN:0 2013-05-15

Toda edición impresa de este documento se considerará copia no autorizada, siendo la responsabilidad de su uso como obsoleto de la persona responsable de su impresión.

Página 12 de 12

Figura 42-7. Instrucción Técnica- Sistema de incentivos y productividad. Página 12/12

7.6. OTRAS HERRAMIENTAS DEL MODELO DE GESTIÓN:

7.6.1. IMPLANTACIÓN DEL PLAN FUNCIONAL Y PLAN DE EQUIPAMIENTO

El Equipo Directivo Asesor se incorporó al proyecto casi un año después del inicio del mismo, y no participó directamente en las fases de asesoramiento para la compra de equipamiento por un lado, ni el diseño de la funcionalidad y mapas del hospital.

Por eso, una de las primeras medidas que se tomaron es revisar y poner un punto de partida en estos dos aspectos, que son fundamentales en la puesta en marcha de un centro sanitario.

Como se ha comentado anteriormente había que ratificar una serie de datos e información, y sobre todo centrar cual iba a ser la cartera de servicios definitiva del centro. Sobre todo en la parte del equipamiento, cerrar bien la cartera de servicios era fundamental.

En el aspecto de funcionalidad, uno de los aspectos importantes que nos encontramos, fue que la infraestructura no era un edificio construido desde “cero”, sino que se aprovechó la estructura existente para un hospital privado que se iba a construir pero que al final no se continuó.

Aquí encontramos uno de los primeros problemas de funcionalidad: un hospital privado, con el objetivo de trabajar con gabinetes médicos por especialidades independientes sería un diseño que complicaría la funcionalidad prevista para un hospital de carácter público, con una organización por procesos.

Así mismo, había que tener en cuenta que, en la fase de planificación y en el diseño del centro, se tuvo en cuenta, que esta infraestructura iba a constituir una unidad funcional junto con un nuevo edificio, previsto construir en una segunda fase en el propio recinto del hospital, pero que no se sabía cuándo se haría y qué cartera de servicios tendría.

Si bien en los primeros informes y análisis reali-

zados antes de la apertura de este centro, era imprescindible considerar la construcción de la Fase II de este hospital, los informes posteriores y que sirvieron para la ejecución de este proyecto, no tuvieron en cuenta de manera imprescindible este hecho, puesto que no se dispuso nunca de la información suficiente de este posterior proyecto, sobre todo, en lo que a plazos de ejecución se refiere, y por ello, se consideró que la atención a dar a los pacientes no debía estar pendiente de dicho proyecto.

El objetivo de estos dos informes semestrales (Plan Funcional y Plan de Equipamiento), pero de seguimiento continuo, era recopilar todas las cuestiones que ya se han ido comunicando de manera particular, de cada área y en cada momento, en diferentes informes, reuniones, etc, y ratificar las cuestiones que de alguna manera también se habían venido comunicando antes de la llegada del actual Equipo Directivo Asesor.

En cuanto a la distribución del edificio, éste disponía de 3 plantas de subsuelo, planta baja y cuatro plantas superiores, que albergan los servicios y recursos que se describen en el presente informe, estructura que seguirá el presente informe.

En el informe del Plan Funcional se iba describiendo planta por planta, y zona por zona, siguiendo este índice:

- PLANTA
 - Zona
 - » Situación previa
 - » Comentarios de funcionalidad
 - » Situación a fecha XX-YY-ZZZZ

Se incluyen ejemplos, **ver las figuras de la figura 43-7 a la figura 46-7.**

En relación al **Plan de Equipamiento**, se tenía un objetivo similar, analizando y haciendo un seguimiento en relación a las necesidades de inicio y continuas de equipamiento, y su adecuación a las necesidades presentes y futuras del hospital.

Como herramienta paralela al Plan Funcional se ha desarrollado y realizado el seguimiento de un Plan de Equipamiento que ayude a controlar la situación del HSFQ en relación a estos elementos.

TIC's

Situación previa

Se dispone de un despacho, zona de trabajo técnico y zona de ingenieros, en el diseño original.

Comentarios de funcionalidad

No se había dispuesto de todas las instalaciones y elementos del DATACENTER, que tuvieron que ser suministrados e instalados. Se ha modificado el área de trabajo técnico, con el fin de adecuar y posicionar toda la plantilla del servicio.

Se ha dotado de infraestructura tecnológica al DATACENTER, con racks para alojar equipamiento electrónico, informático y de telecomunicaciones. Se encuentra interconectado con el resto de racks distribuidos en plantas mediante fibra óptica y cableado estructurado. Se dispone de UPS dedicada y la zona se encuentra acondicionada y refrigerada.

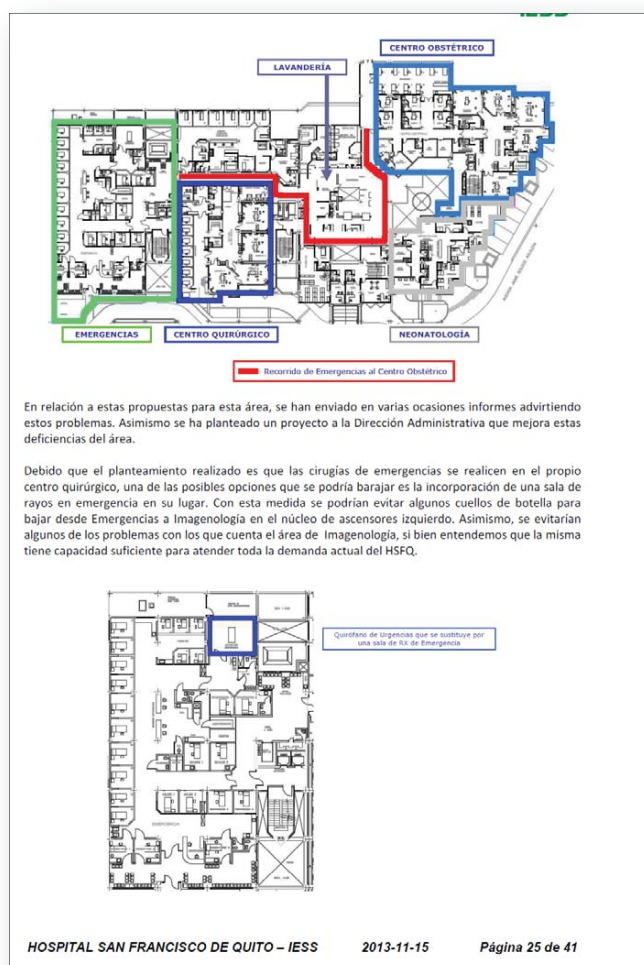
Situación 2013-06-15

Tras la incorporación del nuevo Responsable de TICs en el mes de marzo de 2013, se ha realizado una distribución de puestos de trabajo de las zonas de trabajo técnico y zona de ingenieros. La zona de trabajo técnico, ha quedado replanteada para puestos de trabajo de personal externo y en la zona de ingenieros se encuentra todo el personal técnico interno, incluido el puesto de oficinista y a excepción del nuevo Responsable que se encuentra en un despacho propio.

Situación Actual

Se ha solicitado a Servicios Generales del HSFQ realizar labores de mantenimiento del sistema de aire acondicionado del Data Center. Este mantenimiento, a fecha de hoy, se encuentra pendiente de realizar y es importante realizarlo para el correcto funcionamiento del mismo.

Figura 43-7. Plan Funcional. Ejemplo área de TIC's



PLANTA PRIMERA

Consta de: Emergencias, UCI, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Neonatología, farmacia, central de esterilización, lavandería, laboratorio de urgencias, RRHH, SSGG y despacho del Jefe de Conductores.

Emergencias

Situación previa

El área de Emergencias está ubicada en la **planta 1**, con acceso directo desde la calle, junto al Centro Quirúrgico y la UCI.

- En el diseño original del Servicio de Emergencias se dispone de 3 consultorios de triaje, 1 sala de suturas (cuarto de curas), 1 sala de yesos y especialidades, un quirófano de emergencias y 2 puestos de recuperación para los pacientes intervenidos, y dos almacenes usados como vestuarios en esa misma zona con 24 cancelas. Además cuenta con 10 boxes de exploración de adultos, 5 para niños y 2 puestos para aislados.

No existe box de críticos (PCR) ni de adultos ni pediátrico.

Comentarios de funcionalidad

Lo ideal hubiera sido el diseño del área de emergencias con tres áreas diferenciadas: pediatría, ginecología y general, con flujos lo más diferenciados posibles.

No se contemplaron en el diseño inicial elementos básicos, como Boxes Vitales (adultos y pediátricos), zonas de primera asistencia (todos los puestos tienen características de camas de observación), duchas para pacientes con politraumatismos, etc.

El quirófano situado en el área de emergencia se considera innecesario, debido a que la distancia al bloque Quirúrgico es muy corta y es perfectamente factible el uso de uno de los quirófanos para la actividad de cirugía de emergencias.

Las 24 taquillas que hay en esta zona, son utilizadas por el personal de la emergencia, comparten una taquilla dos personas. Son nominativas y el reparto lo hizo la supervisora. Todo el personal debería cambiarse en los vestuarios del subsuelo, habilitando los vestuarios referenciados anteriormente, para cualquier otro fin.

Las dos salas de aislados carecen de presión negativa y de antesala por lo que dejan de tener la funcionalidad prevista.

El Centro Obstétrico está localizado en el extremo opuesto de Emergencias, por lo que existe un recorrido considerable para las mujeres que acuden desde Emergencia hasta el Centro Obstétrico para ser atendidas. En caso de que esto no pudiera ser modificado, como deben atravesar un pasillo donde confluyen el centro quirúrgico y la unidad de cuidados intensivos, es muy importante la señalética de los flujos y el control de acceso y circuitos en toda esta zona.

Otra de las opciones para mejorar los flujos en estas zonas es una dotación de personal celador que facilite las labores de traslado y acompañamiento de las pacientes del área ginecológica – obstétrica, que accedan por la puerta de urgencias hasta el bloque obstétrico.

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO – IESS

2013-11-15

Página 24 de 41

Figura 44-7. Plan Funcional. Ejemplo de la Planta Primera del HSFQ.

Situación 2013-06-15

La unidad de emergencias cuenta con 1 sala de triaje, 4 consultorios médicos de los cuales uno es de pediatría, 1 sala de yesos, 1 sala de suturas, 2 boxes de aislados que no cuentan con presión negativa ni antesala, 10 boxes de observación de los cuales dos se han adaptado para pacientes críticos. En la zona de sillones se han adaptado 3 camas y 2 sillones, 2 camas en el pasillo que son utilizados cuando los boxes convencionales están ocupados, 5 boxes pediátricos en una zona diferenciada a tal efecto, 2 almacenes que son utilizados vestuarios con 24 cancelas.

Los dos almacenes siguen siendo usados como decía el anterior informe.

Se han colocado cortinas en los boxes de aislados, en la zona de sillones separando las tres camas, en las camas del pasillo, además de una cortina y una camilla que se utiliza como zona de inyectables y como consultorio improvisado.

De la propuesta presentada por el Equipo Directivo Asesor en dos ocasiones a la Dirección Administrativa, se ha realizado: la adecuación del baño del pasillo, instalando una ducha para los pacientes que lo requieran y la colocación de una puerta detrás del control de enfermería que cierra un espacio que existía y que se utiliza como almacén de insumos del área. El resto de la propuesta no se ha llevado a cabo.

El quirófano ubicado en el área sigue infrautilizado y actualmente se están buscando desde la Dirección Administrativa alternativas de uso.

Los boxes o cubículos 5 y 6 se han señalado como boxes críticos, ya que en el área no había ninguno destinado a tal fin.

Situación Actual

El box colocado en frente del box de triaje ha sido modificado y se ha colocado el despacho de la Responsable del Proceso Asistencial de Emergencias y el despacho del Coordinador de Áreas Críticas.

Durante los meses de junio y julio se han realizado las adecuaciones del quirófano, para ponerlo en funcionamiento con las especialidades de Oftalmología y Dermatología, ya se ha procedido a la esterilización de dicho quirófano y se han tomado los cultivos, la fecha prevista de apertura 2013-10-04. Se ha instalado una cortina que separa la zona de sillones de la emergencia, de la improvisada CMA, si bien el Equipo Directivo Asesor considera que no el elemento adecuado para separar estas zonas.

Figura 46-7. Plan Funcional. Ejemplo de la Planta Primera del HSFQ (Áreas 2).

Revisión Inicial de Equipamiento

En la fase de equipamiento del proyecto, antes de la apertura del hospital y de la incorporación del Equipo Directivo Asesor, se produce la entrega, instalación y puesta en marcha del equipamiento licitado por el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social en el proyecto.

Una vez inaugurado y abierto el HSFQ, el 5 de diciembre de 2011, se procede a realizar una verificación del equipamiento existente y su correlación con la supuesta cartera de servicios que el HSFQ, como hospital de Nivel II [35], debía cumplir.

Tal y como demuestran varios informes enviados a los diferentes estamentos del IESS, el resultado de esta verificación fue que el equipamiento del hospital mostraba algunas observaciones las cuales debían ser subsanadas, y que afectaron el normal funcionamiento e implantación de algunos procedimientos y actividades tanto asistenciales, como no asistenciales. Estas observaciones, obedecían a que el equipo adquirido de manera contractual, no cubría todos los requerimientos de la “supuesta” cartera de servicios inicial del hospital.

Todas estas observaciones identificadas, se fueron comunicando a través de las diferentes reuniones e informes semestrales desarrollados por el Equipo Directivo Asesor en el transcurso de todo el proyecto de gestión, donde se incluían las necesidades de nuevo equipamiento del hospital.

De igual manera que en el caso de la funcionalidad del hospital, se procedió a desarrollar una herramienta que permitía realizar un seguimiento del equipamiento, basándose en las necesidades del mismo, detectadas en los inicios del proyecto. Esta herramienta, “Plan de Equipamiento”, ha sido seguida y revisada por el Equipo Directivo Asesor, y comunicada a la Dirección Administrativa del hospital, coincidiendo con los informes semestrales entregados, y desde febrero de 2013, en informes de seguimiento mensual.

El objetivo de este informe semestral era actualizar la tabla de equipamiento del Informe que se hizo el momento de llegar el Equipo Directivo Asesor el 31 de diciembre de 2012, con el inicio de su gestión y en relación con las adquisiciones

efectuadas por el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social para el hospital, y que debían incorporarse al centro en los siguientes meses.

Para la realización de este informe relacionado con la gestión del Equipamiento, se establecieron una serie de criterios y/o consideraciones, la cuales se comunicaban en cada informe a las autoridades del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, que se basaban en concretar ciertos aspectos, como por ejemplo:

- Todo el equipamiento que se incluía en los informes, corresponde a equipamiento que no fue considerado necesario para la apertura del centro, por lo que no se licitó, y por lo tanto no fue adquirido para la puesta en marcha del hospital.
- Para el análisis del equipamiento asistencial, se tomó como base el listado de necesidades de equipamiento que se formuló en el mes de diciembre de 2011 y febrero de 2012, elaborado por todos los Responsables de Servicio y Coordinadores Asistenciales y coordinado por el Director Asistencial Asesor. A posteriori se realizaron los semestrales correspondientes.
- En los informes mensuales de equipamiento, y los informes de seguimiento mensual de los meses de febrero, marzo, abril y mayo, solo se analizaron y comprobaron los elementos adquiridos correspondientes al equipamiento médico, incluido en el listado de necesidad de equipamiento de febrero de 2012. En los informes semestrales se estudia y comprueba este equipamiento y el resto de equipos adquiridos por el hospital para otras áreas no asistenciales (Mantenimiento, Tics, Bodega, etc.). Esto se debe al escaso flujo de adquisiciones de equipamiento no médico.
- Para la confección de los cuadros de equipamiento, se partió de la información suministrada por el área de almacenes y bodegas, compras y adquisiciones, así como de entrevistas con los responsables de los Servicios.
- El resultado final del informe era un sumatorio de todas las informaciones recibidas.
- En la columna “Nuevas incorporaciones desde enero”, se reflejan los equipos recibidos en el centro desde el último informe de seguimiento semestral.

ÍTEMS SOLICITADOS FEBRERO 2012	245	%
Ítems recibidos de junio 2012	37	15,10
Ítems recibidos enero 2013	143	58,37
Ítems recibidos febrero 2013	167	68,16
Ítems recibidos marzo 2013	169	68,98
Ítems recibidos abril 2013	169	68,98
Ítems recibidos mayo 2013	169	68,98
Ítems recibidos junio 2013	169	68,98
Ítems recibidos julio 2013	169	68,98
Ítems recibidos agosto 2013	169	68,98
Ítems recibidos septiembre 2013	169	68,98

Tabla 28-7. Evolución de las adquisiciones de equipamiento asistencial, a lo largo del proyecto

En la **tabla 28-7** podemos observar cómo, en los informes del inicio del proyecto se identificaron 245 equipos nuevos aparte de los ya incluidos en la licitación, al inicio del proyecto, la evolución de las adquisiciones de equipamiento asistencial, a lo largo de los dos años del proyecto, quedando al final pendiente de adquirir alrededor de un 31% de las necesidades detectadas

En las **figura 47-7, 48-7 y 49-7** se reflejan unos ejemplos de varias partes del informe, las cuales en este caso se gestionaba a través de colores cuyo significado se describe en la leyenda que hay a continuación.

Como podemos observar, tanto el informe del Plan Funcional como el informe del Plan de Equipamiento, nos dan una herramienta fundamental de gestión, que nos permite conocer en el momento lo que se dispone, como se dispone y qué utilidad tiene para el centro.

Con este tipo de herramientas, y la posibilidad de actuar y gestionar, la eficiencia y optimización de los recursos es excelente, puesto que nos permite conocer si lo que tenemos es más o menos de lo que debemos y si es útil para las políticas, cartera de servicios, y misión del hospital.

7.6.2. DESARROLLO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL

Como se vio anteriormente, la definición que se había realizado de la cartera de servicios no nos daba al Equipo Directivo Asesor, la suficiente información como para poder planificar y gestionar adecuadamente todos los recursos del hospital.

Este era un elemento fundamental a conocer para una correcta gestión y organización de un centro sanitario, es el conocimiento explícito y claro de la cartera de servicios. La misma debe ser definida no sólo en lo que a sus especialidades se refiere, sino en el contexto de qué actividades, procedimientos y procesos asistenciales debe realizarse en cada una de estas especialidades.

La cartera de servicios del hospital permite planificar y organizar el resto de estamentos y elementos necesarios de gestión. Conociendo perfectamente la cartera de servicios del centro, nos permite detectar las necesidades de equipamiento, de personal, de infraestructuras, de recursos económicos, insumos y medicamentos, etc.

En el momento de la apertura del hospital, no se

Anestesiología

DENOMINACION O DESCRIPCIÓN	CANTIDAD PROUESTA	CANTIDAD ADQUIRIDA	JUSTIFICACION	Nuevas incorporaciones desde enero
VIDEOLARINGOSCOPIA	1	1	PARTE DEL COCHE DE INTUBACION DIFICIL	
AMBU	19	19	NECESARIO PARA MANEJO DE PACIENTE CRITICO	
INFUSORES PARA SOLUCION IV	4	4	NECESARIO PARA MANEJO DE PACIENTES	
LARINGOSCOPIO DE MCCOY	2	2	PARTE DEL COCHE DE INTUBACION DIFICIL	
COCHE DE INTUBACION DIFICIL	1	1	NECESARIO PARA MANEJO DE PACIENTE DE INTUBACION DIFICIL(VIA AREA DIFICIL 5%, 5% EN FCTE DE GINECOLOGÍA)	
PINZA DE MCGILL	5	1	INCLUIDO EN COCHE DE INTUBACION DIFICIL	
SISTEMA JACKSON-REESE	20	1	NECESARIO PARA ANESTESIA PEDIATRICA	
ESTILETE LUMINOSO	2	1	PARTE DEL COCHE DE INTUBACION DIFICIL	
ECOGRAFO PORTATIL	1	1	NECESARIO PARA REALIZAR BLOQUEOS PERIFERICOS. TIEMPO DE RECUPERACION CORTO. Se ha instalado en Imagen y es fijo	X
VENTILADOR PORTATIL DE TRANSPORTE	1			
COMBITUBE (REUSABLE)	2			
ESTIMULADOR DE NERVIOS PERIFERICO	5		NECESARIO EN BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICO	
FIBROSCOPIO	1		PARTE DEL COCHE DE INTUBACION DIFICIL	

	Se ha licitado pero no ha llegado
	Ha llegado menos
	Ha llegado OK
	Ha llegado más
	No ha llegado

Tabla 29-7. Leyenda colores del Plan de Equipamiento.

Figura 47-7. Plan de Equipamiento. Equipamiento de anestesia adquirido

Cirugía Vascular

DENOMINACION O DESCRIPCIÓN	CANTIDAD PROUESTA	CANTIDAD ADQUIRIDA	JUSTIFICACION	Nuevas incorporaciones desde enero
DOPPLER VASCULAR	1	1	ESTADIAJE DE ENFERMEDADES ARTERIALES	
ECODOPPLER VASCULAR	1	1	SIRVE PARA DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO; DEFINE TIPO DE TRATAMIENTO (CLINICO O QUIRURGICO)	X
CAMINADORA ELECTRONICA, CON ELEVACION A 12 GRADOS	1		SIRVE PARA DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO	

Figura 48-7. Plan de Equipamiento. Equipamiento de cirugía vascular adquirido.

Cirugía General

DENOMINACION O DESCRIPCIÓN	CANTIDAD PROUESTA	CANTIDAD ADQUIRIDA	JUSTIFICACION	Nuevas incorporaciones desde enero
BISTURI ARMONICO	1	1	NECESARIO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DISMINUYE RIESGOS DE SANGRADO Y PERFORACION DE VISCERA HUECA EN CIRUGIAS DE COMPLEJIDAD MEDIANA Y GRANDE.	
SET DE PINZAS PARA BISTURI ARMONICO	4	2	PARTE DEL EQUIPO DEL BISTURI ARMONICO	
PINZA HEMO LOCK, CON INSUMOS PARA 10 mm	4	2	NECESARIO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DISMINUYE RIESGOS DE SANGRADO (MAYOR SEGURIDAD EN CONTROL DE LA HEMOSTASIA) EN CIRUGIAS DE COMPLEJIDAD MEDIANA Y GRANDE.	
PINZA HEMO LOCK, CON INSUMOS PARA 15 mm	4	1	NECESARIO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DISMINUYE RIESGOS DE SANGRADO (MAYOR SEGURIDAD EN CONTROL DE LA HEMOSTASIA) EN CIRUGIAS DE COMPLEJIDAD MEDIANA Y GRANDE.	
PIEZA DE MANO PARA TIJERA DE CIRUGIA ABIERTA	4	1	NECESARIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO	
PIEZA DE MANO PARA TIJERA DE CIRUGIA LAPAROSCOPICA	4	2	NECESARIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO	
ADAPTADOR MACHO – HEMBRA PARA ELECTROCAUTERIO	4	4	NECESARIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO	
PIEZA DE MANO PARA TIROIDES Y GANCHOS DE NUEVA GENERACION	4	1	NECESARIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO	
CARRO DE DESPLAZAMIENTO	1	1	NECESARIO PARA LA MOVILIZACION DEL BISTURI ARMONICO DENTRO DEL QUIROFANO	

Figura 49-7. Plan de Equipamiento. Equipamiento de cirugía general adquirido

disponía por parte del Equipo Directivo Asesor de una cartera de servicios específica del hospital, por lo que se procedió, junto con los diferentes profesionales del hospital (Coordinadores Asistenciales, Responsables de Servicio, etc) a investigar y estudiar desde diversas fuentes, la posible cartera de servicios del centro.

Esta situación se fue informando y comentando a lo largo del proyecto, en los diversos informes realizados, así como en otros foros de discusión. La cartera de servicios del hospital se referenciaba en la mayoría de los documentos generados con anterioridad a la apertura del hospital, como uno de los elementos fundamentales de gestión, debido a que dependiente de ella, se deben realizar las planificaciones de muchas otras herramientas de gestión, presupuestos, equipamiento, plan de gestión, acuerdo de gestión y recursos humanos, etc.

Asimismo, tal y como se referenció a diversos documentos, “La determinación de la cartera de servicios de las redes y de los centros debería ser una competencia de los Servicios Centrales del IESS. Esto significa que ninguna institución de salud, incluido el propio HSFQ, podría modificar ningún elemento de su cartera de servicios sin autorización previa de los Servicios Centrales del IESS. Esto sería el modo de garantizar una utilización adecuada de los recursos y una atención de calidad.”

Derivado del trabajo del Equipo Directivo Asesor y del resto de profesionales del HSFQ, se concretó y desarrolló una propuesta de “Cartera de servicios del HSFQ”, la cual fue enviada a la Dirección Administrativa, y desde ésta a los estamentos superiores del IESS para su aprobación.

Se fue trabajando en la implantación de esta propuesta, la cual en el transcurso de todo el proyecto ha sido sufriendo actualizaciones y cambios de manera normalizada y documentada. Han sido varias las versiones y los motivos de cambio de la propuesta de “Cartera de Servicios del HSFQ”.

Esta cartera de servicios consistía en ir incluyendo por especialidades los procedimientos clínicos y/o quirúrgicos que se podían hacer, teniendo como referencia nuestro nivel de hospital y en segundo lugar, los recursos disponibles para

asegurar la buena realización de esos procedimientos asistenciales [108].

Derivado de ese análisis se obtuvo la Cartera de Servicios del hospital. En la **figura 50-7** se incluyen algunos ejemplos de como quedaba descrita por áreas y/o especialidades.

De igual manera se realizó un seguimiento continuo, para su actualización y verificación de implantación de la cartera de servicios del hospital, a través de los diferentes informes de seguimiento semestral y mensual entregados, en los que se pueden observar las variaciones de la misma.

7.6.3. DISEÑO Y DIFUSIÓN DEL ORGANIGRAMA

El organigrama que se propuso combinaba tres tipos de estructura organizativa por ser la más recomendada para una organización con un grado de complejidad importante como en el caso del hospital [109]:

- Estructura en línea y staff en la que se combinan las relaciones directas de autoridad con un ápice estratégico, una línea media y un núcleo de operaciones propias de la estructura lineal, con relaciones de consulta y asesoramiento que se mantienen con los departamentos staff.
- Estructura en comité, con órganos colegiados de dirección, asesoramiento y participación que propician que la autoridad, responsabilidad y toma de decisiones sean compartidas por un grupo de personas, en lugar de asumirlas una sola.
- Estructura matricial precisa para la implantación de la gestión por procesos. Se trata de una estructura multidisciplinar y multidepartamental, en la que especialistas de diferentes partes de la organización se unen para trabajar en proyectos específicos.

El Hospital San Francisco de Quito, es un Hospital de Nivel 2, de acuerdo al Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS emitido mediante Resolución [110].

Acorde a los términos del contrato adjudicado, era tarea y responsabilidad del proyecto el crear el nuevo modelo de gestión médica y administra-

SERVICIO	AREA	AREA ASISTENCIAL	NOMBRE PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES	MOTIVO
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco	Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Alta Terapéutica con control de hemostasia de lesiones sangrantes		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Alta con remoción de cuerpos extraños		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco	Colocación de sondas de gastrostomía endoscópica percutánea		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco	Endoscopia Digestiva Baja Diagnóstica		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco	Rectosigmoidoscopia flexible diagnóstica		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Alta mas Ligadura con bandas elásticas de varices esofágicas		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Alta mas escleroterapia de varices esofágicas		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Alta mas polipectomía		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Terapéut.	Endoscopia Digestiva Alta mas colocación de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Baja Terapéutica con control de hemostasia de lesiones sangrantes*		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Dco_Terap	Endoscopia Digestiva Baja Terapéutica mas polipectomía		
Gastroenterología	CLINICA	Procedim_Terapéut.	Inyección de adrenalina, clips hemostáticos, argon plasma		
Gastroenterología	CLINICA	Consulta_ext	Reflujo gastroesofágico		
Gastroenterología	CLINICA	Consulta_ext	Dispepsia funcional		
Gastroenterología	CLINICA	Consulta_ext	Síndrome de Intestino Irritable		
SERVICIO	AREA	AREA ASISTENCIAL	NOMBRE PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES	MOTIVO
Cir. Vasc	QUIRURGICA	Procedim_Dco	Doppler Vascular		
Cir. Vasc	QUIRURGICA	Procedim_Terapéut.	Escleroterapias		
Cir. Vasc	QUIRURGICA	Procedim_Terapéut.	Manejo de úlceras		
Cir. Vasc	QUIRURGICA	Procedim_Qcos	Patología venosa		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Atención adolescente		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Embarazo Normal		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Embarazo Alto Riesgo		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Planificación familiar		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Atención ginecológica		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Screening de cáncer cervical		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Menopausia		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Osteoporosis		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Screening de cáncer de mama		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Colposcopia		
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Radiocirugía	Pendiente	Falta insumos
Gin_obst	QUIRURGICA	Consulta_ext.	Detección y tipificación de HPV con PCR		
Gin_obst	QUIRURGICA	Procedim_Dco	Ecograf. Obstétrica abdominal		

Figura 50-7. Cartera de servicios. Ejemplos de procedimientos de la cartera de servicios de algunas especialidades (Gastroenterología, cirugía vascular y ginecología-obstetricia).

tiva de esta casa de salud, el mismo que será implementado y ejecutado en los años 2012 y 2013. Con esta facultad, el Equipo Directivo Asesor del Hospital, analiza la propuesta de modelo realizado, y tras el estudio y trabajo se establecen las propuestas de Estructura Orgánica del Hospital San Francisco de Quito.

Se presentó el organigrama propuesto para la gestión del hospital, como parte del Modelo de Gestión el cual se fue modificando según necesidades y según la realidad del hospital. Aun así,

la base original del mismo se mantuvo perfectamente estable y este organigrama, a pesar de no ser el establecido oficialmente en los hospitales de Nivel II del IESS [55], es el que se ha implantado y con el que se está trabajando desde el inicio del hospital, como uno de los elementos fundamentales de un nuevo sistema de gestión, entendiendo que este proyecto debía ser una propuesta de cambio y mejora de la gestión hospitalaria establecida, no sólo en el entorno del hospital, sino en toda la red hospitalaria del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social.

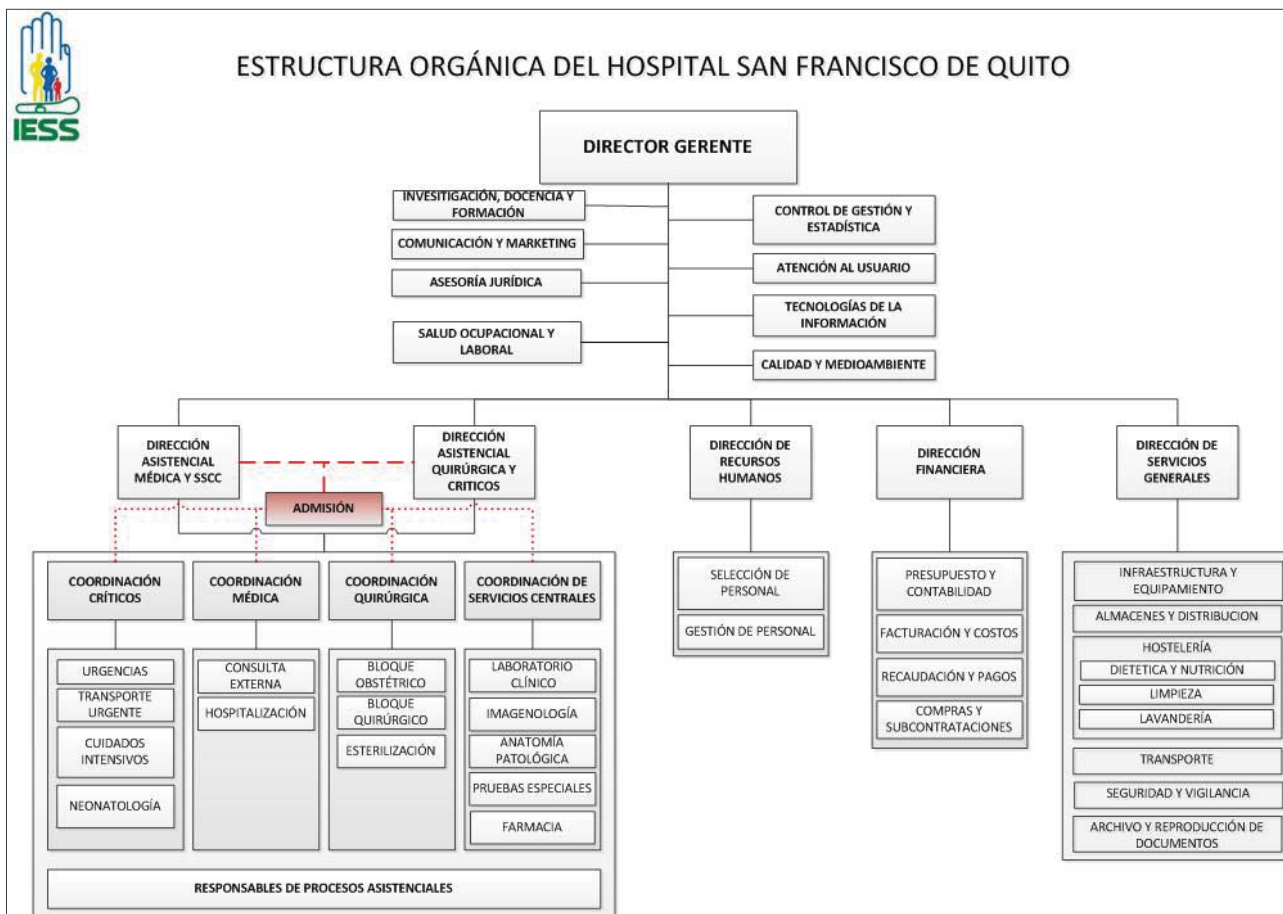


Figura 51-7. Organigrama del HSFQ.

El organigrama propuesto y con el que se trabajó estos dos años fue el que podemos ver en la **figura 51-7**.

Uno de los objetivos más importantes de esta propuesta de organigrama, consistía en la eliminación de una gestión por categorías profesionales, entendiendo que los usuarios reciben un servicio de atención integral, por lo que la gestión de la atención no puede ni debe estar separada en su organización.

El organigrama como herramienta de gestión, es un elemento ampliamente conocido, consensado, validado y establecido en todo tipo de organizaciones. Por esto, su diseño e implantación, había que entenderla, pensando que no estábamos inventando ni descubriendo absolutamente nada nuevo, sino poniendo al alcance de la sanidad ecuatoriana una herramienta perfectamente validada en otros entornos de gestión, que tam-

bién sería útil en una organización sanitaria.

A parte de esta estructura orgánica de gestión, se crearon algunos órganos de gestión como por ejemplo la Comisión de Dirección, la cual era un órgano integrado por Gerente, los Directores y diferentes responsables del organigrama anterior. Semanalmente se reunían con el fin de que cada responsable proporcionara información sobre sus respectivas áreas de competencia, y se discutieran los diferentes problemas, planes y actuaciones a llevar a cabo en el hospital, se establecían objetivos, se validaban los resultados obtenidos y se hacía el seguimiento al desarrollo e implantación de las actuaciones acordadas. Este sistema era de gran utilidad puesto que se conseguía que todos los responsables tuvieran una visión global del hospital, aspecto que normalmente suele ser un problema en la gestión actual de hospitales.

Responsabilidades y Perfiles de puestos directivos

Además del organigrama, el Modelo Organizativo y de Gestión propuesto, incluye las características de los perfiles de puestos de trabajo propuestos, que deberían cumplirse en los primeros niveles de dirección.

Comisiones, comités y/o órganos de asesoramiento

El Modelo Organizativo y de Gestión planteado, incluyó una serie de comisiones que se recomienda, deberían estar formadas e implantadas en el hospital [22]. Aun así, las necesidades de los centros sanitarios pueden diferir en base a múltiples circunstancias, por lo que entendíamos que debían poder generarse, y tener la suficiente flexibilidad para poder crear cualquier comisión o grupo de trabajo que beneficie la gestión del centro. En él se establecen las normas generales por las cuales se deberían regir estas comisiones y/o grupos de trabajo, que se originen en el centro [111].

Se desarrolló un Sub-proceso de “Comisiones y grupos de trabajo”, el cual establecía las sistemáticas a seguir para la creación y gestión de los diferentes recursos de este tipo que se generen en el HSFQ. Además y a modo de ejemplo, se desarrolló el Manual de Funcionamiento de la Comisión de Dirección-staff, con el fin de que se siguiera por el resto de comisiones, comités o grupos de trabajo formados.

Con fecha final del proyecto quedaron constituidos y en funcionamiento 9 Comités en el hospital, y se consideró que deberían constituirse otros 3 comités como mínimo, que entendíamos eran indispensables para el buen funcionamiento del Hospital (Comité de Ética, Bioseguridad, Farmacovigilancia).

Estos tres comités, se quedaron en proceso de conformación y su situación a la finalización del proyecto era la siguiente:

- Por un lado, en la Comisión de Dirección-Staff con fecha 2013-06-24 el Director Administrativo propuso que el COMITÉ DE HHCC

Y AUDITORÍAS DE CALIDAD ASISTENCIAL, se encargara de los casos de Bioética del Hospital.

- Con fecha 3 de abril de 2013 se informó por parte del Director Administrativo de la conformación del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, tras convocatoria de conformación del 6 de febrero de 2013. Hubo una reunión de los representantes de este Comité con la Dirección de Seguridad y Salud Laboral del Ministerio de Relaciones Laborales de Ecuador para su autorización. Si no se recibía una pronta respuesta por parte del ministerio, para la autorización del mismo, se realizaría una Asamblea de todos los trabajadores y empleadores para elegir los miembros del mismo. Con fecha 23 de julio se convocó por parte de la Dirección Administrativa una Asamblea a todos los trabajadores y empleados en el salón de actos, con el fin de conformar el comité paritario de Seguridad y Salud Ocupacional [112].
- Por último, para crear Comité de Farmacovigilancia, se consideró esperar a la nueva versión del reglamento del Ministerio de Salud Pública (MSP), por lo que al final del proyecto, y debido a aspectos legales, fue imposible constituirlo. Para contrastar esta situación, internamente se creó un grupo de trabajo para la gestión de la farmacovigilancia.

A continuación se incluyen y describen los diferentes órganos de control que se implantaron:

COMISIÓN DE DIRECCIÓN

Consta con Manual de Funcionamiento. Como órgano colegiado, se crea la Comisión de Dirección, integrado por el Director Gerente y por los Directores que se detallan en el organigrama. Periódicamente podrán ser convocados otros responsables de órganos staff o de línea, para proporcionar información sobre sus respectivas áreas de competencia, en el caso de ser requerida su presencia. La Comisión de Dirección se reunirá con carácter general, semanalmente, para establecer objetivos, validar resultados, realizar seguimientos de desarrollos, controlar, gestionar y tomar decisiones sobre la gestión del HSFQ.

OTRAS COMISIONES QUE SE IMPLANTARON:

- COMISIÓN DE HHCC Y AUDITORÍAS DE CALIDAD ASISTENCIAL
- COMISIÓN DE FARMACOTERAPIA
- COMISIÓN DE COMPRAS Y ABASTECIMIENTO
- COMITE DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA (Infectología).
- COMITE DE MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS Y GESTIÓN AMBIENTAL
- COMISIÓN INTRAHOSPITALARIA DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
- COMISION DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL
- COMISION DE LA UNIDAD DE COORDINACION ASISTENCIAL – DOCENTE (UCAD)

7.6.4. CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO (SAU)

El Área de Atención al Usuario ha sido otro de los recursos fundamentales como parte de un innovador modelo de gestión, enfocado de manera clara al cliente, usuario y/o paciente [12].

Gestión de reclamaciones, sugerencias y quejas.-Desde los inicios de la puesta en marcha del hospital, se gestionaron de manera integral todas las reclamaciones de los usuarios, tanto verbales como escritas, y en el caso de estas últimas, se realiza contestación aprobada desde la Dirección Administrativa, y enviada de manera personal a cada uno de los reclamantes.

Se desarrolló un sub-proceso de gestión de reclamaciones, y a modo de ejemplo y para no incluir la totalidad del documento, se pone como ejemplo el flujo seguido y que resume dicho sub-proceso (Figura 52-7).

Por otro lado, en la Comisión de Dirección, staff, de carácter semanal, se presenta un estudio pormenorizado de las reclamaciones de la última semana, así como los datos de gestión del sub-proceso: Tiempos de respuesta, tiempos intermedios de gestión, incidencias, motivos y servicios, etc. De toda esta gestión, además se desarrolla semanalmente un informe que se dirige a la Dirección Administrativa, el cual se viene haciendo desde el mes de septiembre de 2012.

Más adelante, se podrá observar un ejemplo de informe semanal de reclamaciones, así como los datos obtenidos en esta gestión y su influencia a la actividad asistencial del hospital.

7.6.5. CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO DE ADMISIÓN

Se creó y puso en funcionamiento desde el comienzo de la actividad de este Hospital, un Área de Admisión, según una propuesta inicial, que ha ido evolucionando conforme a las necesidades creadas en el Hospital. Este Servicio controla y gestiona todos los recursos asistenciales del HSFG con el fin de conseguir la mayor eficiencia de los mismos [86].

Desde el EDA (Equipo Directivo Asesor), se formó al personal de todo el departamento, se instauró en todos los procesos asistenciales la parte del proceso de Admisión.

Con el fin de formar todavía más al personal, se propuso un curso para todo el personal del hospital de este servicio y se decidió la contratación de expertos profesionales internacionales en Admisión y Gestión de camas, impartándose esta actividad con muy buenos resultados, tras evidenciar cambios sustanciales en la gestión, tras muestreos aleatorios en todas las áreas del Servicio.

Se incorporó al equipo directivo una Coordinadora de Admisiones, hasta ese momento el Servicio lo lideraba una enfermera, como Responsable del Servicio.

La propuesta de incorporar un Médico al Servicio de Admisión era para que la gestión de todas las competencias asignadas sean más integrales y exista un equipo multidisciplinar en dicho Servicio.

La plantilla del servicio constaba de:

- 30 oficinistas, (Calificación del derecho, admisión de emergencias, etc.)
- 2 enfermeras
- 1 médico
- 1 oficinista gestor de LEQ (Lista de Espera Quirúrgica)
- 1 oficinista de archivo de documentación clínica [90].

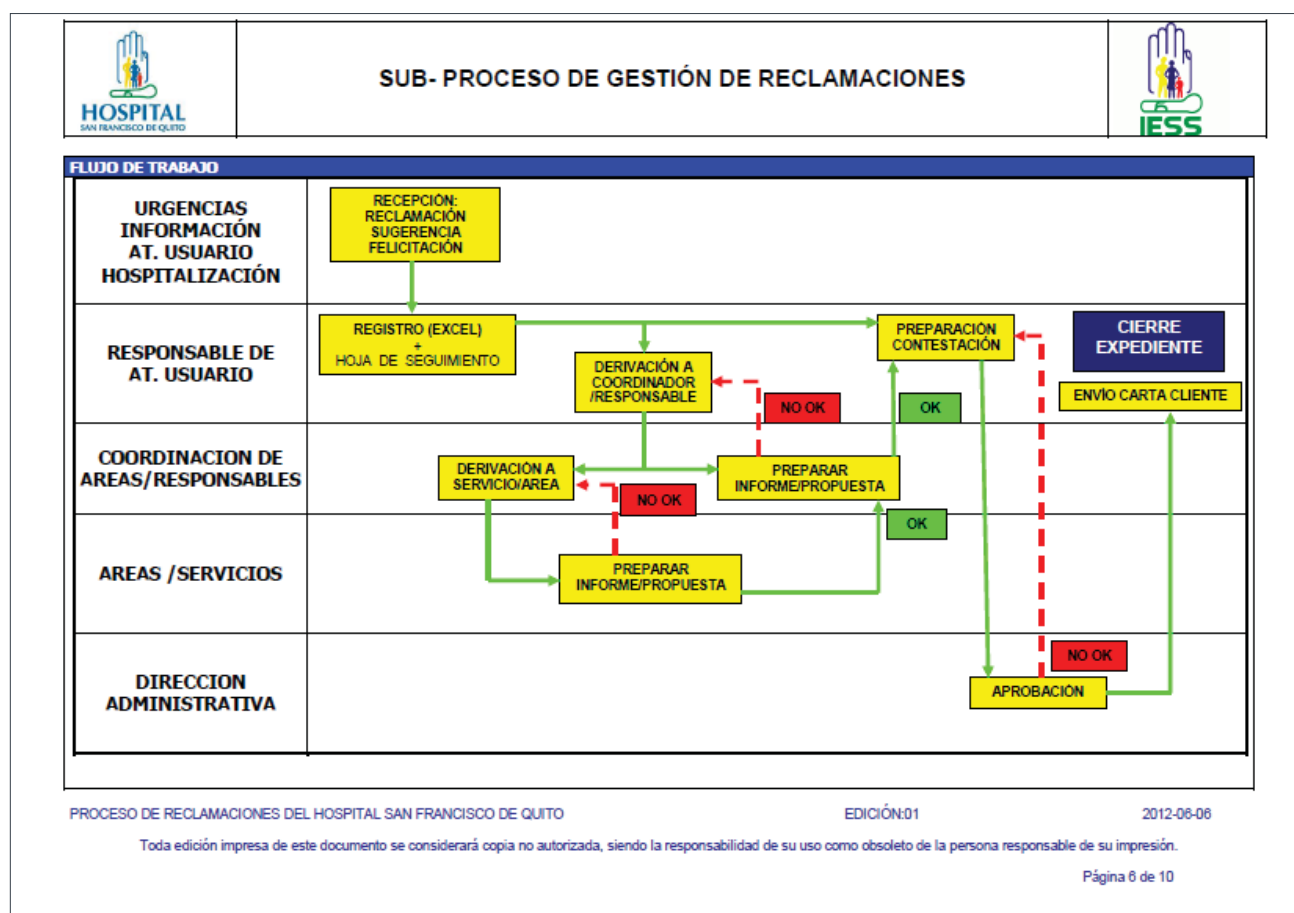


Figura 52-7. lujo del sub-proceso de gestión de reclamaciones.

El/la Coordinador/a de Admisión, dependería orgánica y jerárquicamente de la Dirección Asistencial, teniendo un papel de coordinación imprescindible con los Coordinadores Asistenciales, y tenía las siguientes obligaciones [88]:

- Responsable de la Coordinación y gestión de la externalización de procedimientos, intervenciones y pruebas diagnósticas no disponibles en nuestra cartera de servicios, a través de la Dirección Asistencial y con las Coordinaciones Asistenciales.
- Responsable de la coordinación y gestión de las transferencias y contrareferencias con otros centros hospitalarios.
- Responsable de la coordinación y gestión de camas.
- Responsable de la coordinación y gestión de la admisión de pacientes al hospital.
- Responsable de la coordinación y gestión de la LEQ (Lista de Espera Quirúrgica).
- Responsable del establecimiento de sistemáticas relacionadas con el archivo de documentación clínica. Coordinación y gestión con las unidades correspondientes para la entrega de documentación clínica al usuario [113].
- Corresponsable de la coordinación y gestión de la programación quirúrgica, junto con los Coordinadores Asistenciales.
- Responsable de la coordinación y gestión en el diseño, apertura, cierre, y organización de agendas de consultas externas. Según las disposiciones de la Dirección Asistencial y en coordinación con los Coordinadores Asistenciales.
- Control, análisis, información y gestión de la producción y demanda asistencial del hospital a través de los cuadros de mando y de la gestión del Plan de Gestión.
- Coordinar y gestionar, junto con la Dirección Asistencial y con los Coordinadores Asisten-

ciales las actuaciones de contingencia ante situaciones de incidencias en los sistemas informáticos y de información.

- Desarrollar la estrategia y objetivos de las diferentes líneas de actividad de los servicios adscritos a su responsabilidad.
- Proponer, negociar y rubricar el plan de gestión, incluida la asignación económica, de los servicios a su cargo y evaluar su cumplimiento y desempeño profesional.
- Definir los procedimientos y estándares de calidad de la prestación de los servicios de su área.
- El diseño, revisión, desarrollo e implementación de los procesos de su área, asignados por la Dirección Asistencial y la Gerencia del Hospital.
- El diseño, revisión, desarrollo, medición, seguimiento, análisis y mejora de los resultados relacionados con procesos de servicios generales, incluidos en el “Cuadro de mando Integral”. Dicho “Cuadro de Mando Integral” (CMI) deberá demostrar la capacidad de los procesos del servicio de admisión y/o asignados, en cada caso, establecidos en todo momento en el Hospital San Francisco de Quito.
- La coordinación de acciones con la Dirección Asistencial y las Áreas y Coordinaciones Asistenciales para la gestión adecuada de sus necesidades.
- La autorización de los requerimientos de insumos, materiales de trabajo, equipos y repuestos para el funcionamiento de las actividades a su cargo, previo a su traslado ante la Dirección Asistencial y la Gerencia del Hospital.
- La preparación de las especificaciones técnicas para la celebración de contratos de adquisición de bienes y la compra o venta de servicios relacionados con el cumplimiento de las actividades a su cargo, que serán sometidos a resolución de la Gerencia del Hospital, y la supervisión de su cumplimiento.
- El cumplimiento de normas y planes de prevención de riesgos, higiene en el trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias.
- La evaluación del desempeño del personal a

su cargo, de acuerdo con los indicadores de gestión integrados en los “Cuadros de Mando de Procesos” (CMP) y la aplicación de los ciclos de mejora continua en los procesos de servicios generales y los demás a su cargo.

- La participación en la formulación y ejecución de planes de bioseguridad, prevención de riesgos, higiene del trabajo, seguridad hospitalaria, defensa civil y contingencias para casos de desastres o epidemias; y, el cumplimiento de los planes y normas sobre la materia aprobados por la Gerencia del Hospital.
- La aprobación u observación de los informes de gestión de los responsables de los servicios a su cargo.
- El cuidado, buen uso y adecuado funcionamiento de las instalaciones, equipos y materiales a su cargo.
- Los informes de resultados sobre la organización y gestión de la producción, productividad y calidad del área de admisión, ante la/s Direcciones Asistenciales y la Gerencia del Hospital.
- Cualquier otra función que le delegue la Dirección Asistencial y/o la Gerencia del HSFQ.

Esta nueva figura descarga de muchas actividades que tenían los Coordinadores y esto permite, que estos se puedan dedicar a sus competencias de organización y gestión de las áreas asistenciales bajo su mando.

Cabe también resaltar, que el Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social gestiona sus recursos monetarios a través de un sistema de facturación que las diferentes unidades médicas deben implantar y gestionar, es decir, tanto haces, tanto tienes. En este punto, este departamento era otra de las fuentes muy importantes donde se detectaban los fallos en la facturación en XHIS (Sistema informático del hospital) respecto a las prestaciones que se llevan a cabo, y desde aquí se reportaban los informes correspondientes con todos estos errores detectados a la Dirección Administrativa o Responsables de Auditorías de este centro, para poder tomar medidas para subsanarlo.

Entendemos que en un sistema sanitario donde no estaba muy extendido el concepto y los servi-

cios de admisión, entendidos en toda su magnitud, fue espectacular, y así lo demostraron los datos, la evolución, orden, optimización, eficiencia positivas en la organización y gestión del centro.

7.7. RESULTADOS ASISTENCIALES: COMPARACIÓN TEMPORAL DE LA EFICACIA DEL MODELO DE GESTIÓN

Comparativa con el modelo implantado

En este punto, queremos mostrar una comparativa con los datos de actividad de los años 2012 y 2013, para ver cómo fue influyendo la implantación del modelo, en la variación de la actividad, así como en la optimización de los recursos y atención a los usuarios.

Se han elegido dos datos que se consideran fundamentales y fiel reflejo de la evolución del hospital:

- Datos de actividad de las áreas de :
 - Consultas externas
 - Hospitalización
 - Imagen
 - Quirúrgica
 - UCI
 - Urgencias
- Datos de la gestión de reclamaciones de los usuarios.

Vamos a observar y analizar los datos en acumulado de estos dos años y como consideramos que la implantación paulatina del modelo de gestión ha ido influenciando en el orden y gestión de todos los servicios del hospital, y por lo tanto en su crecimiento paulatino y ordenado.

Datos comparativos de diferentes procesos

A continuación vamos a ver una tabla que incluye los datos de consultas externas de la actividad recogida durante el año 2012. En este periodo de tiempo, se estaba comenzando el proyecto de apertura, diseño, adecuación y desarrollo de las diferentes herramientas del modelo de gestión.

Una cuestión muy positiva, y que hizo que todo

fuera según lo planificado es poder abrir las diferentes áreas, procesos y servicios de manera planificada y cubriendo todos los posibles riesgos que pudieran darse en estas aperturas.

En la **tabla 30-7**, que recoge los datos del 2012, se incluyen los de todo el año, mientras que en la **tabla 31-7**, se recogen los datos de enero a mayo de 2013.

Comparativamente se puede observar que los datos de porcentaje de cumplimiento de agendas y programación son considerablemente mejores en el transcurso del año 2013, con el sistema modelo de gestión implantado y funcionando en un alto porcentaje, que en el 2012.

Atendiendo al porcentaje de pacientes atendidos respecto de los programados, si bien en ambos años se consiguen porcentajes adecuados al tiempo de apertura e implantación del centro, la evolución positiva es evidente, y en el año 2013 se mejoran todos los porcentajes de atención de pacientes respecto a su programación.

Está claro que la implantación de herramientas como la gestión por procesos, un Servicio de Admisión como claro gestor de los recursos de consultas, así como el control por parte de los diferentes Coordinadores Asistenciales y Directores asistenciales, han hecho un mayor y mejor control de la eficacia, efectividad y optimización de los recursos de este área.

En la **tabla 32-7**, se puede observar como proporcionalmente, la actividad extrapolada a todo el año 2013, también sería mayor, por lo que la optimización de los recursos y una mayor y mejor utilización, también se habrá producido.

Se puede observar como las previsiones a los 12 meses son casi duplicar la actividad de algunas especialidades, y en el total de consultas pasaríamos de 72.292 consultas realizadas a 131.611.

Como se refleja en la **tabla 33-7**, sobre los datos en relación al diagnóstico por imagen, la actividad también aumenta en proporcionalidad y orden, puesto que en los totales, según previsiones anuales del año 2013 la actividad se duplicaría de igual manera.

Incluso en estos casos, en los primeros periodos

INDICADOR		PERIODO DE ESTUDIO: ANUAL 2012 (ENERO-DICIEMBRE)			
ACTIVIDADES		PACIENTES PROGRAMADOS O CITADOS	PACIENTES ATENDIDOS	DIF. PROGRAMADOS ATENDIDOS	DIF. PROGRAMADOS ATENDIDOS %
N° DE CITAS POR ESPECIALIDAD (CONSULTA EX- TERNA)					
ANESTESIOLOGIA		1580	1430	150	90,51%
CARDIOLOGIA		2224	1908	316	85,79%
CIRUGIA GENERAL		3975	3477	498	87,47%
CIRUGIA VASCULAR		1120	945	175	84,38%
DERMATOLOGIA		5847	4521	1326	77,32%
GASTROENTEROLOGIA		3426	3126	300	91,24%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		14016	12147	1869	86,67%
MEDICINA FAMILIAR		5366	4956	410	92,36%
MEDICINA INTERNA		9501	8302	1199	87,38%
NEUMOLOGIA		6603	5874	729	88,96%
NUTRICION Y DIETETICA		3793	3113	680	82,07%
OFTALMOLOGIA		1448	1398	50	96,55%
OTORRINOLARINGOLOGIA		2513	2387	126	94,99%
PEDIATRIA		9381	8152	1229	86,90%
PSICOLOGIA		522	390	132	74,71%
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA		7028	5949	1079	84,65%
UROLOGIA		4542	4217	325	92,84%
N° TOTAL DE CITAS		82885	72292	10593	87,22%

Tabla 30-7. Actividad de consultas externas HSFQ año 2012.

INDICADOR		PERIODO DE ESTUDIO: ANUAL 2013 (ENERO-MAYO)			
ACTIVIDADES		PACIENTES PROGRAMADOS O CITADOS	PACIENTES ATENDIDOS	DIF. PROGRAMADOS ATENDIDOS	DIF. PROGRAMADOS ATENDIDOS %
N° DE CITAS POR ESPECIALIDAD (CONSULTA EXTERNA)					
ANESTESIOLOGIA		1.474	1.405	69	95,32%
CARDIOLOGIA		2.461	2.356	105	95,73%
CIRUGIA GENERAL		3.717	3.406	311	91,63%
CIRUGIA VASCULAR		677	651	26	96,16%
DERMATOLOGIA		4.419	3.596	823	81,38%
GASTROENTEROLOGIA		3.016	2.868	148	95,09%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		9.719	8.539	1.180	87,86%
MEDICINA FAMILIAR		2.243	2.147	96	95,72%
MEDICINA INTERNA		7.240	6.362	878	87,87%
NEUMOLOGIA		2.994	2.670	324	89,18%
NUTRICION Y DIETETICA		2.548	2.385	163	93,60%
OFTALMOLOGIA		2.382	2.345	37	98,45%
OTORRINOLARINGOLOGIA		2.819	2.703	116	95,89%
PEDIATRIA		7.968	6.723	1.245	84,38%
PSICOLOGIA		623	548	75	87,96%
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA		5.634	4.878	756	86,58%
UROLOGIA		1.318	1.256	62	95,30%
N° TOTAL DE CITAS		61.252	54.838	6.414	89,53%

Tabla 31-7. .- Actividad de consultas externas HSFQ año 2013.

EJECUTADO 2012 (12 MESES)			PREVISIONES A 12 MESES (2013)	
ACTIVIDADES	PACIENTES PROGRAMADOS O CITADOS	PACIENTES ATENDIDOS	PACIENTES PROGRAMADOS O CITADOS	PACIENTES ATENDIDOS
N° DE CITAS POR ESPECIALIDAD (CONSULTA EXTERNA)				
ANESTESIOLOGIA	1580	1430	3.538	3.372
CARDIOLOGIA	2224	1908	5.906	5.654
CIRUGIA GENERAL	3975	3477	8.921	8.174
CIRUGIA VASCULAR	1120	945	1.625	1.562
DERMATOLOGIA	5847	4521	10.606	8.630
GASTROENTEROLOGIA	3426	3126	7.238	6.883
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	14016	12147	23.326	20.494
MEDICINA FAMILIAR	5366	4956	5.383	5.153
MEDICINA INTERNA	9501	8302	17.376	15.269
NEUMOLOGIA	6603	5874	7.186	6.408
NUTRICION Y DIETETICA	3793	3113	6.115	5.724
OFTALMOLOGIA	1448	1398	5.717	5.628
OTORRINOLARINGOLOGIA	2513	2387	6.766	6.487
PEDIATRIA	9381	8152	19.123	16.135
PSICOLOGIA	522	390	1.495	1.315
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	7028	5949	13.522	11.707
UROLOGIA	4542	4217	3.163	3.014
N° TOTAL DE CITAS	82.885	72.292	147.005	131.611

Tabla 32-7. Actividad de consultas externas HSFQ. Comparación años 2012-2013.

CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN (N° EXÁMENES)	AÑO 2012 (12 MESES)	AÑO 2013 (ENE-MAY)	PREVISIONES AÑO 2013 (12 MESES)
Sensitometría	2.129	1.071	2.570
Ecografía	13.202	4.820	11.568
Mamografía	2.623	1.103	2.647
Procedimientos Especiales	479	396	950
Rayos X	24.366	22.647	54.353
Tomógrafo	4.887	1.608	3.859
Total	47.686	31.645	75.948

Tabla 33-7. Actividad de diagnóstico por imagen HSFQ. Comparación años 2012-2013.

N° DE INGRESOS A HOSPITALIZACIÓN	AÑO 2012 (12 MESES)	AÑO 2013 (ENE-MAY)	PREVISIONES AÑO 2013 (12 MESES)
HOSPITALIZACION CLINICA	3.558	664	1.594
HOSPITALIZACION QUIRURGICA	2.117	1.458	3.499
HOSPITALIZACION PEDIATRICA	1.463	672	1.613
HOSPITALIZACION DE NEONATOLOGIA	1.020	689	1.654
HOSPITALIZACION GINECO - OBSTETRICA	3.419	1.532	3.677
N° TOTAL DE INGRESOS	11.577	5.015	12.036

Tabla 34-7. Actividad de hospitalización HSFQ. Comparación años 2012-2013.

NÚMERO DE INTERVENCIONES QX	AÑO 2012 (12 MESES)	AÑO 2013 (ENE-MAY)	PREVISIONES AÑO 2013 (12 MESES)
Cirugía General	945	1.056	2.534
Cirugía Vascular	120	72	173
Ginecología	1.394	1.012	2.429
Oftalmología	2	217	521
Otorrinolaringología	68	117	281
Traumatología Ortopedia	553	532	1.277
Urología	214	193	463
No. Total Intervenciones Qx	3.296	3.199	7.678

Tabla 35-7. Actividad de intervenciones quirúrgicas HSFQ. Comparación años 2012-2013.

del 2012, al existir una menor actividad en procesos quirúrgicos y de hospitalización, y por ejemplo no existir actividad en el área de urgencias, la posibilidad de sacar un mayor y mejor rendimiento a estos procesos diagnósticos era mayor, pero la mejora en la gestión que se produjo a través de la creación del servicio de admisión, atención al usuario, sistema de información y protocolización y otras herramientas, hizo que se aumentara de manera significativa la actividad.

En la **tabla 34-7** se reflejan los datos relativos a la actividad de hospitalización, medida a través de las estancias.

Este proceso no varió en exceso entre ambos periodos medidos. Desde un inicio se puso mu-

cho esfuerzo y recursos, debido a que uno de los problemas de la sanidad ecuatoriana, como la de otros muchos sistemas sanitarios, es la falta de camas, sobre todo “camas clínicas”, las cuales como podemos observar en el año 2012 triplican las estancias para tratamientos y hospitalización clínica, respecto de las camas utilizadas para tratamientos quirúrgicos.

Esta correlación entre tratamientos Quirúrgicos y hospitalización quirúrgica se puede observar comparando las **tablas 34-7 y 35-7**, donde podemos ver el crecimiento en los procedimientos e intervenciones quirúrgicas, que afectan directamente a las estancias hospitalarias de carácter quirúrgico.

UCI	AÑO 2012 (12 MESES)	AÑO 2013 (ENE-MAY)	PREVISIONES AÑO 2013 (12 MESES)
Estancias disponibles	672	1.208	2.920
Estancias utilizadas	396	785	1.898
• Índice de ocupación	59%	62,38%	65,00%
• Índice de rotación	7,07	1,82	No calculable
Estancia media total	2	10,88	No calculable
Capacidad por camas. Nº máximo de camas disponibles o teóricas	2	8	8

Tabla 36-7. Actividad de UCI HSFQ. Comparación años 2012-2013.

INDICADORES 2012	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Nº TOTAL DE URGENCIAS ATENDIDAS	4.719	6.105	6.091	7.803	6.927	7.897	7.968	47.510
MEDIA DE URGENCIAS ATENDIDAS POR DIA	157	197	196	260	223	263	257	185

Tabla 37-7. Actividad de urgencias. Año 2012.

INDICADORES 2012	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Nº TOTAL DE URGENCIAS ATENDIDAS	4.719	6.105	6.091	7.803	6.927	7.897	7.968	47.510
MEDIA DE URGENCIAS ATENDIDAS POR DIA	157	197	196	260	223	263	257	185

Tabla 38-7. Actividad de urgencias. Año 2013.

Posteriormente, se podrá observar, como la influencia de otros procesos como el de urgencias, pudieron afectar de manera drástica a una gestión adecuada de la programación quirúrgica. Si no se hubiera dispuesto de un proceso y coordinación quirúrgica adecuada, las consecuencias hubieran sido fatales.

En la siguiente **tabla 36-7**, más que un aumento de actividad, que si existió, deberíamos reflejar y fijarnos en la normalidad de los datos extraídos una vez que se implantó el modelo de gestión. Los datos del año 2012 no son datos normales en una actividad de UCI, mientras que en el 2013 la actividad y sus resultados se van normalizando.

Quizás sea en las **tablas 37-7 y 38-7**, correspon-

dientes a la actividad del área de urgencias, donde mejor se puede ver la evolución del centro en cuanto a su orden, eficacia, optimización y buena gestión.

Es muy significativo como va aumentando la actividad en el área de urgencias, y de manera significativa, los datos no son siquiera comparables con las urgencias que se atienden en hospitales de tamaño similar, o incluso mayores.

En experiencias laborales anteriores, he observado como un hospital de 410 camas donde yo trabajaba, se atendían una media de 150 urgencias diarias. En este hospital de unas 128 camas se llegaron a atender una media de 367 urgencias diarias.

Una actividad que es poco planificable, y que además es una de las puertas de entrada de actividad más importantes de un centro hospitalario, o estás en disposición y con la gestión y orden necesario para atender correctamente esta demanda, o los problemas que te pueden generar en procesos como el de hospitalización a través de la presión de urgencias, o en pruebas diagnósticas urgentes que te descuadran cualquier programación, o en la programación quirúrgica.

Datos de la gestión de reclamaciones de clientes

Un dicho muy importante es “no sólo hay que ser la mujer del César, sino además parecerlo”.

Los datos de actividad que hemos visto anteriormente, nos dicen que somos la “mujer del César”, pero era necesario demostrar que lo parecemos.

En gestión, existen herramientas fundamentales para obtener información sobre cómo nos perciben los clientes, desde dos puntos de vista: satisfacción e insatisfacción [114].

Para obtener el grado de satisfacción de los clientes, una de las sistemáticas a implantar son las encuestas de satisfacción, pero este proceso no llegó a ser implantado, puesto que se priorizó en obtener la percepción de los usuarios desde el punto de vista de la insatisfacción, a través de la implantación del proceso más conocido y extendido, que es la gestión de reclamaciones [115].

La implantación de este proceso de gestión de reclamaciones fue muy completa, haciéndose informes con carácter semanal y mensual que nos daban información de qué problemas surgían y eran percibidos como tal por los usuarios.

En las **Figura 53-7 A, B, C, D, E, F, G**, incluimos el ejemplo de unos de los informes semanales que se realizaban y entregaban a la Dirección del centro para su análisis.

La realización e implantación de estos informes ayudó a poder solventar los problemas de cara a los usuarios, casi en tiempo real, con el fin de evitar la repetición de los errores de atención y gestión.

Estos informes incluían desde las cantidades de reclamaciones hasta los tipos, origen, servicios implicados, tendencias, descripción de los hechos, motivos, etc.

Queremos en este punto relacionar la actividad desarrollada, que como hemos concluido tiene unos resultados excelentes en su evolución a lo largo del proyecto, con los prejuicios y molestias que haya podido tener esta situación de cara a los usuarios.

En primer lugar, en los datos del número total de reclamaciones, influenció de manera negativa una gestión, que en los inicios del proyecto dependía del propio hospital y que luego paso a manos de los servicios centrales del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS). Estamos hablando de la gestión de citas a través de un call center. Este proceso de citación en los inicios de la apertura del centro se gestionaba desde el servicio de admisión y atención al usuario del hospital, y meses después pasó su gestión a manos externas al centro. Esta nueva gestión produjo un número de quejas y reclamaciones tanto escritas como orales excesivas, por lo que en el análisis que incluimos a continuación hemos decidido separar estas reclamaciones, de las que sí que eran propias de actividades o hechos producidos en el hospital [115].

Estos datos se pueden ver en las **tablas 39-7 y 40-7**.

En los primeros meses del proyecto, este elemento estaba gestionado por el propio hospital, llegando incluso a establecer procesos tan difíciles como la “consulta única”. Al tener nosotros las agendas y la gestión completa de las llamadas, permitía que un paciente que tuviera que venir al hospital a cumplir con varias citas, consulta, pruebas, etc, pudiéramos gestionarlo de tal manera que las hiciera todas el mismo día. Cuando este recurso comenzó a gestionarse externamente y por profesionales que no conocían el día a día del hospital y con perfiles no asistenciales, esto se perdió, y no sólo se perdió, sino que la gestión de la citación produjo una gran cantidad de reclamaciones, tal y como se ven en las tablas.

El primer análisis que se podría realizar, de manera global es el siguiente. Según las tablas asis-

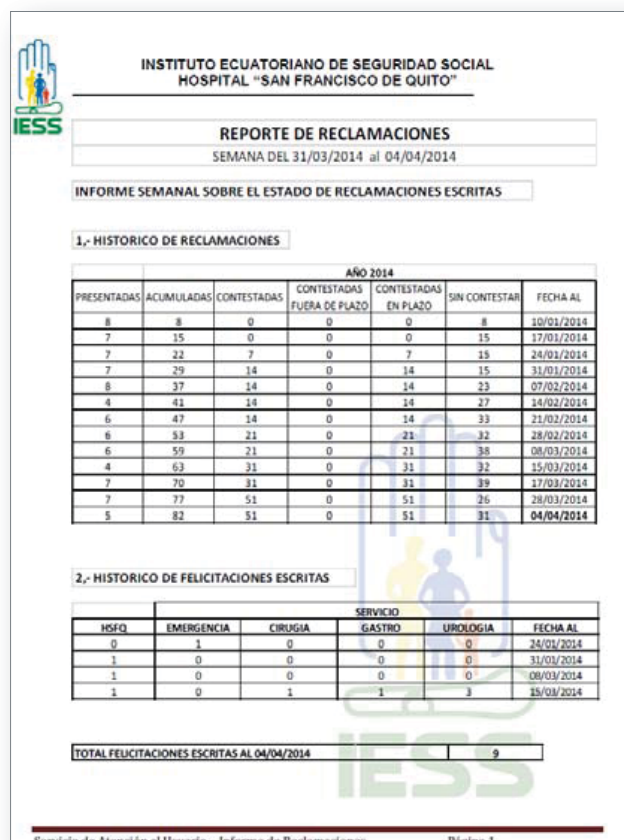


Figura 53-7 A. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 1.

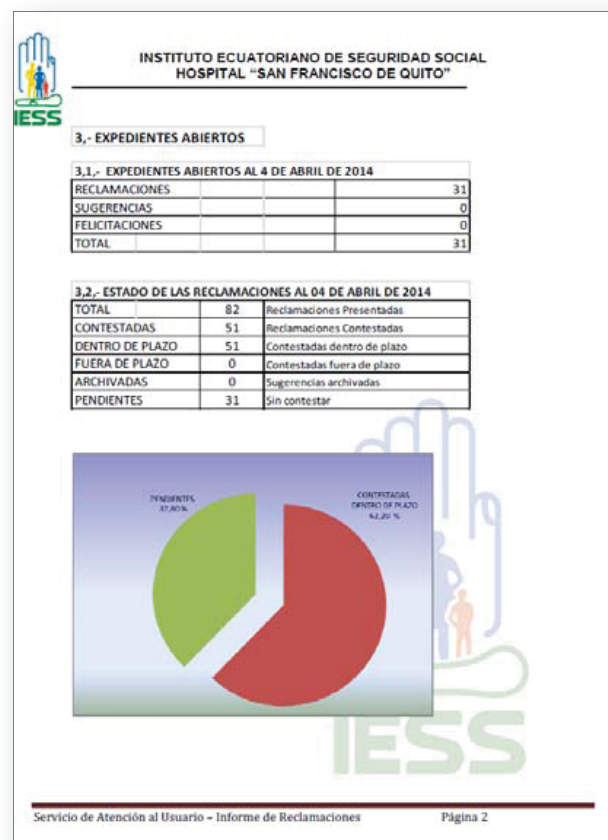


Figura 53-7 B. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 2.

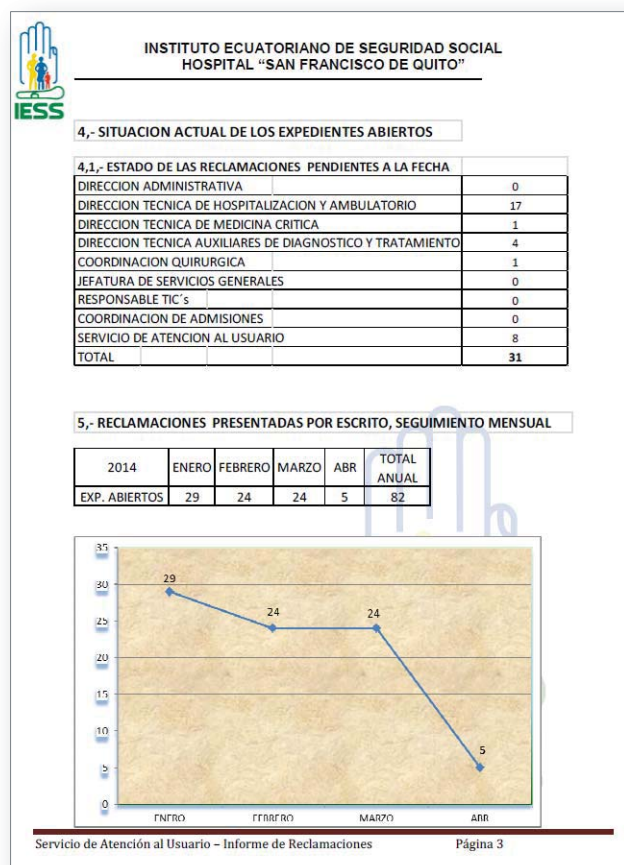


Figura 53-7 C. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 3.

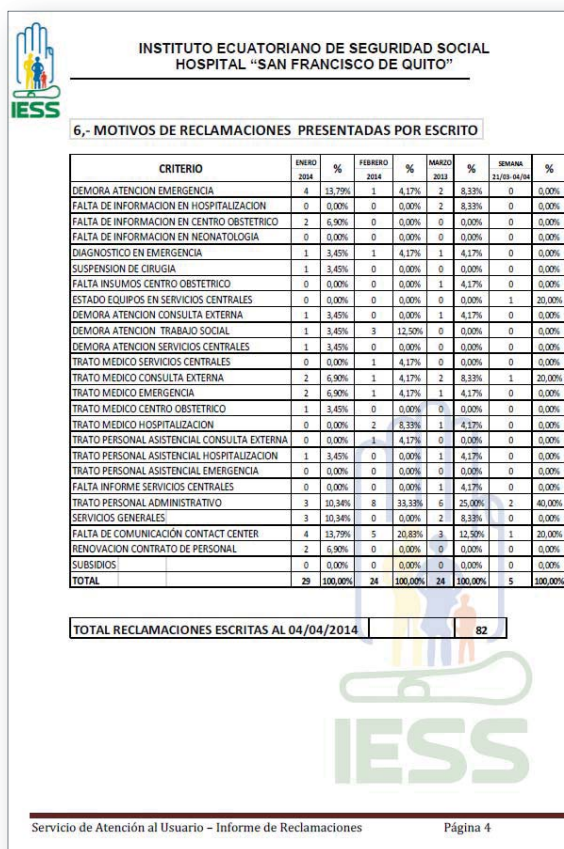


Figura 53-7 D. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 4.

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE QUITO"**

7.- TEXTO DE LAS RECLAMACIONES Y FELICITACIONES PRESENTADAS DEL 31/03/2014 AL 04/04/2014

EXP.	FECHA	RECLAMANTE	TEXTO RECLAMACION	ENTREGADO A:
0078-2014	2014-03-31			Dirección Técnica de Asistencia de Diagnóstico y Tratamiento.
0079-2014	2014-04-01			Dirección Técnica de Asistencia de Diagnóstico y Tratamiento.
				Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio.
0080-2014	2014-04-01			Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio.
0081-2014	2014-04-02			Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio.
0082-2014	2014-04-04			Dirección Técnica de Hospitalización y Ambulatorio.

Servicio de Atención al Usuario - Informe de Reclamaciones

Figura 53-7 E. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 5.

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE QUITO"**

8.- RESUMEN DE ATENCIONES PERSONALIZADAS (VERBALES)

8.1.- HISTORICO DE RECLAMACIONES / SUGERENCIAS / FELICITACIONES VERBALES A LA FECHA

2014			FECHA
RECLAMACIONES	SUGERENCIAS	FELICITACIONES	
11	0	0	SEMANA DEL 04/01 AL 10/01
19	0	0	SEMANA DEL 13/01 AL 17/01
12	0	0	SEMANA DEL 20/01 AL 24/01
10	0	0	SEMANA DEL 27/01 AL 31/01
52	0	0	ENERO 2014
2	0	0	SEMANA DEL 10/02 AL 14/02
8	0	0	SEMANA DEL 17/02 AL 21/02
9	0	0	SEMANA DEL 24/02 AL 28/02
19	0	0	FEBRERO 2014
5	0	0	SEMANA DEL 05/03 AL 09/03
13	0	0	SEMANA DEL 12/03 AL 16/03
6	0	0	SEMANA DEL 19/03 AL 23/03
8	0	0	SEMANA DEL 26/03 AL 30/03
32	0	0	MARZO 2014
8	0	0	SEMANA DEL 31/03 AL 04/04

Servicio de Atención al Usuario - Informe de Reclamaciones

Figura 53-7 F. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 6.

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE QUITO"**

8.2.- MOTIVO DE RECLAMACIONES VERBALES A LA FECHA

SERVICIOS	ENERO 2014	%	FEBRERO 2014	%	MARZO 2014	%	SEMANA 01/04-05/04	%
CALL CENTER	28	53,85%	6	31,58	15	46,88%	1	12,50%
FALTA COMUNICACIÓN	12	23,08%	4	21,05	12	37,50%	2	25,00%
FALTA DE TURNOS	0	0,00%	1	5,26	0	0,00%	0	0,00%
TRAMITES TRABAJO SOCIAL	0	0,00%	3	15,79	3	9,38%	4	50,00%
DEMORA EN EMERGENCIA	5	9,62%	2	10,53	0	0,00%	0	0,00%
INFORMACION EN C. OBSTETRICO	0	0,00%	0	0,00	1	3,13%	0	0,00%
TRATO PERSONAL ADMINISTRATIVO	1	1,92%	1	5,26	0	0,00%	0	0,00%
TRATO PERSONAL ASISTENCIAL C/E	3	5,77%	0	0,00	1	3,13%	0	0,00%
TRATO MEDICO CCEE/HOSPITALIZACION	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
TOMA DE SIGNOS VITALES	0	0,00%	1	5,26	0	0,00%	0	0,00%
SERVICIOS GENERALES	0	0,00%	1	5,26	0	0,00%	1	12,50%
SERVICIOS CENTRALES	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
EXAMENES SIN INFORMAR	1	1,92%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
RENOVACION CONTRATOS PERSONAL	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
POSTERGACION CIRUGIA/PROCED.	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
DEMORA TRASLADO AMBULANCIA	2	3,85%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
HOSPITALIZACION	0	0,00%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL RECLAMACIONES	52	100,00%	19	100,00%	32	100,00%	8	100,00%

TOTAL RECLAMACIONES VERBALES AL 28/03/2014 **111**

Elaborado por:

Ing. Yesenia Santana T.
RESPONSABLE SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

Quito, DM, 07 de Abril de 2014

Servicio de Atención al Usuario - Informe de Reclamaciones

Figura 53-7 G. Ejemplo informe semanal de gestión de reclamaciones. Página 7.

RECLAMACIONES PRESENTADAS POR ESCRITO, SEGUIMIENTO MENSUAL															
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL ANUAL	CALL CENTER DEL IESS	TOTAL RECLAMACIONES HSFO
2012						3	12	24	16	38	32	30	155	*HSFO	155
2013	58	48	30	32	31	30	42	38	25	33	18	6	391	208 DEL CALL CENTER	183
2014	29	24	24	33	10	19	23	15	9	13	11	18	228	25 DEL CALL CENTER	203

Tabla 39-7. Reclamaciones escritas.

RECLAMACIONES VERBALES, SEGUIMIENTO MENSUAL															
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL ANUAL	CALL CENTER DEL IESS	TOTAL RECLAMACIONES HSFO
2012						23	45	46	59	34	22	24	253	*HSFO	253
2013	97	75	85	56	49	36	59	23	62	46	37	18	643	569 DEL CALL CENTER	74
2014	52	19	32	46	35	41	61	16	16	54	38	19	429	268 DEL CALL CENTER	161

Tabla 40-7. Reclamaciones verbales.

tenciales, podemos sumar todas las actuaciones en relación a pruebas, procedimientos quirúrgicos, etc, y esto os daría una cifra de 535.890 actos asistenciales realizados. De la misma manera si sumamos las reclamaciones escritas que han existido durante estos años tenemos un número total de 665 entre las reclamaciones escritas y verbales de los años 2012 y 2013.

Esta relación entre reclamaciones y actos asistenciales, sale un índice de 0,0012. Es decir, aproximadamente una reclamación por cada 1000 actos asistenciales.

Por lo tanto hay que partir de la base de que las cosas se hicieron bastante bien desde el principio, y que la planificación fue bastante acertada en el planteamiento del modelo de gestión.

Luego, existe una correlación clara entre las

reclamaciones interpuestas en el año 2012 con un modelo implantándose y que iba trabajando poco a poco en el día del hospital, en relación al año 2013 donde prácticamente todas las herramientas ya estaban implantadas y funcionando.

Durante el año 2012, las reclamaciones fueron mayores en número que en 2013, tanto las verbales como las escritas, lo que demuestra que la madurez del modelo de gestión y la presencia en el día a día del Equipo Directivo Español, que estaba encima de todos los aspectos organizativos, demostraba una evolución muy positiva.

Se han podido conseguir los datos de reclamaciones del año 2014 para poder ver como afectó a estos datos la ausencia del Equipo Directivo Español, y como se puede observar, este hecho ha influido negativamente en el aumento de las

FELICITACIONES, SEGUIMIENTO MENSUAL													
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL ANUAL
2012						0	0	0	0	0	0	0	0
2013							3	22	6	5	3	0	39
2014	1	1	7	3	6	5	1	4	1	1	3	2	35

Tabla 41-7. *Felicitaciones escritas.*

reclamaciones, puesto que la tendencia es de nuevo al aumento del número de reclamaciones, si bien sería interesante poder contrastarlo con otros datos asistenciales, los cuales no ha sido posible conseguir.

En relación a la gestión de felicitaciones, esta herramienta que se puso a disposición de los usuarios no fue muy utilizada puesto que no había costumbre de que una organización pública pudiera poner a disposición este tipo de oportunidades de manera directa.

Como se observa en la **tabla 41-7** durante el año 2012 no existen registros, mientras que es en el 2013 cuando los usuarios comenzaron a darse cuenta que este centro era diferente del resto de centros de la red asistencial del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social, y comenzaron a utilizar esta herramienta [116].

De igual manera que en las reclamaciones, aunque ligeramente, e el año 2014 las felicitaciones disminuyen.

8. DISCUSIÓN

8.1. SISTEMA DE SALUD, SISTEMA EN RED

Cualquier centro sanitario público del mundo actual, no es un ente que se encuentra de manera individual e independiente dando servicios a la población que le rodea y que él decide: Tampoco tiene potestad para decidir qué tipo de centro debe ser, ni qué contenido debe formar ese centro sanitario. Es decir, uno de los aspectos más importantes y que nos ha quedado claro en este proceso de implantar un modelo de gestión en un centro sanitario, es que no es independiente, sino que forma parte de una red, y por lo tanto de una organización, y que como tal, forma parte del sistema de salud o sistema sanitario de un país [117].

Esto nos debe hacer pensar que la implantación de una o varias herramientas que forman el modelo de gestión de este centro, no puede verse desde un punto de vista individual e independiente, sino que hay que pensar más allá de un horizonte cercano de la supervivencia del propio hospital, y mirar por su viabilidad en el resto del sistema de salud.

Podríamos establecer numerosos ejemplos a este respecto. Por ejemplo, no tiene un sentido completo el establecer sistemas totalmente informatizados y automatizados, si de nuestro

centro hospitalario van a depender numerosos centros de menor nivel que no van a poder contar con los mismos recursos y niveles de informatización y automatización. El rendimiento que se le podría conseguir sería mínimo, e incluso complicaría ciertos procesos y actividades asistenciales y no asistenciales de cara a todas las partes interesadas.

De la misma manera, también tiene un sentido limitado que nuestro centro hospitalario disponga de un Plan Estratégico, y este no esté en consonancia con un Plan Estratégico a nivel nacional, como sistema público de salud.

Estos ejemplos pueden servir para trasladarlos a cualquier elemento de gestión que queramos implantar de manera individual en un centro hospitalario, teniendo en cuenta nuestra pertenencia a una gran “empresa” pública, como si fuéramos un engranaje más del sistema.

Por todo esto, este proyecto nació como un “piloto” de cara a que si el modelo de gestión era el correcto y funcionaba a nivel de un solo centro, este pudiera ser trasladado e implantado en el resto de unidades médicas del sistema de salud.

Durante el desarrollo del proyecto, el Equipo Directivo Asesor actuó en numerosas ocasiones de asesores directos de la Presidencia del IESS para poder ir dando ideas que avanzaran en la gestión

intercentros, pero la duración del proyecto no permitió ver resultados a este nivel de extensión de las ideas de gestión propuestas.

Además, como parte de esa red de salud, teníamos un papel de coordinación y apoyo que desempeñar con otras unidades asistenciales y hospitalarias, por lo que existían reglas que había que asimilar, las cuales muchas veces podían ir en contra de los intereses del propio centro. También había que tener en cuenta que, el pensar que un centro perteneciente a una organización pública puede salirse de toda regla de carácter público en el seno de un sistema público, es a veces una utopía, por lo que al resto de unidades médicas se refiere. Al final, todos están en una red que debe funcionar como tal, y si una cambia, todas deben cambiar, al menos de manera casi paralela, y esto ya es un proceso mucho más complejo y delicado.

Este concepto de “trabajo en red” no puede ser discutido por nadie a la hora de implantar un modelo de gestión local, pero sí es necesario que aunque la idea de cambio sea impulsada desde las altas instancias políticas, las bases del diseño, desarrollo e implantación deberían comenzarse en los niveles funcionales, en este caso en los propios centros sanitarios.

8.2. UN HOSPITAL NUEVO VS HOSPITAL FUNCIONANDO

Los cambios en la gestión de cualquier empresa, o en este caso, centro hospitalario, se suelen dar cuando se ha observado que una manera de gestionarlos no funciona y se quieren introducir cambios que ayuden a transformar positivamente los resultados, a través de dicha gestión. En el caso de este proyecto, en mi opinión creo que se contó con una gran ventaja: el modelo de gestión fue propuesto y estudiado sobre un hospital de nueva construcción y de nueva apertura, por lo que no había que cambiar nada sobre el propio hospital, sino ponerlo en marcha desde un inicio.

La única parte que no era al 100% nueva era el personal, pero se había realizado un trabajo de concienciación y preparación previa, que hizo y consiguió convencer a los profesionales que se iban a incorporar a este centro, que lo harían a

un hospital novedoso y con un estilo y formas de trabajar diferentes. Ellos serían los protagonistas de un nuevo estilo de organización y gestión hospitalaria, por lo que deberían olvidarse de etapas anteriores y apostar por esta nueva.

Existía otra preocupación en los líderes del proyecto, relacionado con el modelo de gestión propuesto, puesto que antes de la apertura del centro era un modelo teórico, el cual hasta que no fuera implantado no se podría ver la verdadera utilidad y validez. A pesar de este temor, no fue ningún problema, puesto que la apertura gradual del centro y la paulatina implantación de todos los elementos de gestión, permitieron ir viendo, comprobando, controlando y validando cada uno de los pasos que se iban dando al respecto.

De hecho, tal y como se puede observar en este trabajo, existieron algunas herramientas del modelo de gestión propuesto que sufrieron adaptaciones y cambios a la hora de implantarlas, respecto de su concepción inicial.

En conclusión sobre este punto, es muy importante en la implantación de un modelo de gestión, el poder partir de “cero” del centro hospitalario, puesto que muchas costumbres, vicios, y deficiencias de la gestión, pueden ser evitadas, e incluso corregidas antes de su institucionalización en la organización.

Está claro que esta no es la principal situación de la mayoría de los centros en los que consideraríamos un cambio de modelo de gestión, pero crear una situación de punto de partida sería un aspecto fundamental a tener en cuenta.

8.3. EL EQUIPO DE GESTIÓN

Los impulsores de un cambio pueden venir de muchas partes, pero los verdaderos ejecutores del cambio deben ser profesionales que tengan la suficiente capacidad para llevarlo a cabo con maestría.

Hoy en día existen una gran cantidad de profesionales de la gestión, con unos conocimientos y capacidades más que probadas para poder desarrollar e implantar un modelo de organización y gestión adecuado a la situación y realidad de

cada centro sanitario.

Automatizar la gestión, hacer de la gestión un puesto opositor o funcional, o cualquier otra alternativa que estrangule o encorsete la figura de los gestores, será quitar o intentar eliminar la verdadera magia de la gestión.

Un gestor debe ser un profesional que acapare la mayor y mejor formación en herramientas de gestión, con el fin de que, ante situaciones empresariales u organizativas complejas, sea capaz de utilizar adecuadamente esos conocimientos en organización y gestión, para sacar adelante el proyecto que se le encomiende.

No puede haber dos gestores iguales, al igual que no puede haber dos empresas iguales, por lo que las aptitudes y actitudes de un gestor, son las que deben dar el análisis de la situación y por consiguiente, las soluciones más idóneas a esas situaciones.

En este caso, las soluciones para la gestión del Hospital San Francisco de Quito fueron dadas por todo el equipo directivo que estábamos detrás del proyecto, pero otro gestor con una formación también adecuada, podría haber planteado un modelo diferente, pero igual de efectivo, o mejor que el que nosotros propusimos e implantamos.

En nuestro caso, y tal y como hemos comentado anteriormente, el que fuera un hospital de nueva construcción era una gran ventaja. Lo era no sólo por la facilidad de comenzar algo desde cero, y sin vicios adquiridos, pero también lo era por el tiempo de conocimiento y estudio que se podía realizar en las fases de construcción y equipamiento, que duró casi un año antes de la apertura.

En este proyecto, y en mi opinión, a pesar de que hubo personal gestor en todo este tiempo antes de la apertura, no fueron las mismas personas que luego lideraron la apertura e implantación, y eso hizo que en ciertas cuestiones, el conocimiento podría haber sido mejor, y ciertos detalles hubieran marcado diferencias en la implantación de algunas herramientas. Incluso algunas incidencias se podrían haber evitado, sobre todo en relación a equipamiento y organización de flujos funcionales del centro.

Tenemos que llegar a la conclusión de que todo cambio, o liderazgo de proyecto debe contar con un equipo perfectamente cualificado y formado para hacerlo realidad. En el caso de un proyecto novedoso como el que nos ocupa, que incluye fases pre-apertura, se debe permitir que las personas que pongan en marcha y vayan a gestionar la organización, puedan hacerlo desde los inicios de la idea. Es decir en esas fases de diseño anteriores a la apertura.

Si por el contrario, un proyecto de este tipo se aborda en un centro ya en funcionamiento, de igual manera, los líderes elegidos debe ser los protagonistas de esa nueva etapa, y cambio de modelo de gestión.

Por todo esto, y por ser un proyecto a medio largo-plazo, los profesionales que abarquen un proyecto de este tipo necesitan el respaldo y tiempo suficiente para hacer realidad el cambio y poder demostrar su influencia en los resultados. Si un gestor cambia antes de que haya podido finalizar la implantación del proyecto, el nuevo gestor, con casi total seguridad vendrá con un modelo e ideas diferentes, que aunque puedan ser mejores, harán del proyecto anterior un punto y aparte, y por lo tanto comenzará de nuevo otro proyecto, pudiéndose haberse perdido un tiempo muy valioso.

Esta situación se da con demasiada frecuencia en los centros públicos, tan relacionados con los cambios políticos y por lo tanto, con la politización de sus gestores hasta niveles excesivamente técnicos.

8.4. EL MODELO DE GESTIÓN

Hay una cuestión sobre la que ya no podemos dudar mucho más, y es que podemos encontrar numerosas definiciones, conceptos, acepciones y significados sobre lo que es un modelo de gestión, y/o sus aplicabilidades. Los propios gestores que son los que deben aplicar todas estas ideas y herramientas, creamos nuestras propias definiciones y conceptos, según nuestra filosofía de trabajo, y nuestros conocimientos.

Teniendo en cuenta una nueva definición sobre lo que puede ser un **modelo de gestión**, como un

esquema o marco de referencia para la administración de una entidad, el equipo directivo para este proyecto, también creó su propio esquema, eligiendo las herramientas o sistemas más significativos, conocidos por el propio equipo, y que entendíamos eran los más adecuados a la situación en la que nos encontrábamos.

Así entendimos y definimos lo que debía ser el nuestro modelo de gestión, consistiendo concretamente en 77:

“La selección, adecuación e implantación de una serie de herramientas de gestión, que coordinadas en su utilidad y puesta en funcionamiento, ayuden a la gobernabilidad positiva de una organización”

Por lo tanto, el modelo de gestión propuesto contiene las herramientas de gestión que se consideraron ideales para la situación, entorno y necesidades del hospital objeto del proyecto.

La respuesta al porqué se eligieron esas herramientas y no otras, entendemos que queda perfectamente aclarado en su despliegue, pero fundamentalmente se pretendió dar cobertura a una serie de aspectos que cualquier organización requiere:

1. La gestión de su funcionamiento día a día
2. La gestión de la mejora y el cambio
3. La gestión de la capacidad de actividad
4. La gestión e implicación de los recursos humanos, como elemento fundamental en la implantación de cualquier trabajo.

A partir de aquí se fueron eligiendo de qué manera se podían desarrollar estas ideas hasta llegar a los resultados descritos en el presente trabajo.

Las herramientas elegidas eran conocidas por casi la totalidad de los profesionales del centro, si no en contenido si en su difusión y concepto, y eso ayudó a una mejor interiorización de los conceptos con el fin de llegar mejor a su implantación. Fue así, que muchos de ellos ya habían trabajado, si bien no de manera conjunta, con algunas de estas herramientas en anteriores organizaciones en las que habían estado.

En el transcurso de la sociabilización del modelo, y de sus partes, si que existieron discusiones

en cuanto a ciertos enfoques, pero el fondo y lo principal de cada una de ellas se llevaron a cabo sin excesivas complicaciones.

Si bien se pudieron elegir unas herramientas que formaran el modelo de gestión elegido para la gobernabilidad del hospital, hay que tener en cuenta que, éstas no pueden ser desarrolladas con anterioridad a la puesta en marcha del mismo, de manera concreta y real. Hay muchas variables y aspectos que nos harán fallar y llegar a realizar trabajo innecesario, por ejemplo si tenemos en cuenta el desconocimiento de las “reglas del juego” en muchos elementos a gestionar: P.e. RRHH, finanzas, presupuestos, contrataciones, etc... En este caso, sobre todo, estaríamos hablando de situaciones de internacionalización de la gestión.

Otra parte fundamental del modelo, es que una vez se hayan elegido las herramientas de gestión, y hayamos considerado su puesta en marcha y su desarrollo, la realización de la documentación NUNCA podrá ser considerada la ideal hasta que no se haya realizado un proceso de implantación adecuado, y se hayan comprobado y comparado las circunstancias teóricas y las prácticas de la realidad. Esto, como algo lógico, debe llevar a que un documento aprobado sobre la teoría, o sobre lo que los profesionales creemos que puede ser, en la implantación sufra una gran cantidad de cambios y modificaciones de adaptación. Los sistemas documentales teóricos no funcionan ni son válidos, lo realmente difícil es la aplicabilidad de las herramientas de gestión [68].

Herramientas de gestión alternativas

En el mundo existen numerosas herramientas sobre las que podíamos haber elegido a la hora de diseñar el modelo de gestión, y muchas de ellas podrían haber sido tan eficaces o incluso más que las que se usaron, pero en general, el criterio fundamental que hizo inclinar la balanza hacia un tipo de herramientas u otras fue la complejidad y el conocimiento de las mismas.

En un primer paso, el mismo conocimiento y complejidad de implantación para los propios profesionales del equipo directivo, puesto que si no éramos conocedores a alto nivel o expertos

de ese tipo de herramientas podríamos haber cometido fallos a la hora de transmitir el conocimiento, así como a la hora de su implantación.

Por otro lado, el conocimiento para los profesionales locales del hospital. Estábamos en un proyecto en donde, en un principio y de manera teórica, los gestores de Ecuador tenían menores conocimiento y experiencia, por lo que había que elegir métodos sencillos y poco complejos que nos hicieran ganar tiempo a la hora de transmitir y transferir el conocimiento.

Aspectos como la gestión por procesos, planes estratégicos, planes de incentivos, etc, ya eran herramientas que eran conocidas al menos desde un punto de vista teórico por todas las partes.

Otras herramientas como Six-Sigma, modelos de contabilidad analítica, etc, fueron consideradas como complejas y como posteriores a una primera implantación del modelo, que en caso de éxito, se pudiera continuar hacia una excelencia superior de la gestión [118].

8.5. LOS DATOS E INFORMACIÓN

Tal y como demandan y establecen la mayoría de los sistemas y/o modelos de gestión actuales, no existen resultados si no existen datos.

“En Dios confío, el resto que me de datos”

Esta frase puede resumir cual es la misión principal de cualquier modelo moderno de gestión, pero lo verdaderamente importante no es tener datos e información, es conseguir que los datos y la información sean los adecuados y los necesarios para obtener la información que nos permita gestionar y gobernar adecuadamente una organización [119].

En nuestro modelo de gestión, la herramienta que engloba esta filosofía es la “gestión por procesos”, donde existe una trazabilidad total entre las actividades del centro, su ordenamiento a través de procesos perfectamente identificados, establecidas sus interacciones, y planteados en un enfoque de medida a través de los CMP (Cuadros de Mando de Procesos).

El establecimiento de un buen sistema de gestión con datos e indicadores depende, en gran medida, de la formación y cualificación de las personas con responsabilidad directa en la gestión, así como en la asignación de recursos específicos, los cuales, en mi opinión, puede llegar a ser mucho más importante y prioritario que la asignación de otros muchos recursos.

Sin datos de TODOS los procesos del hospital, tanto asistenciales como no asistenciales, y de características diversas (productividad, eficiencia, calidad, seguridad, etc), la mayoría de las decisiones tomadas no serán las adecuadas.

Otra frase muy característica de la gestión por procesos, basada en la obtención de indicadores, de cosecha propia es:

“La calidad de las decisiones tomadas, está relacionada directamente con la calidad de la información obtenida para la toma de esas decisiones”

Dicho esto, la formación de los profesionales en el manejo de Cuadros de Mando e indicadores, ligado a una gestión por procesos es fundamental.

Una vez que hemos desarrollado la base de lo que queremos medir a través de la definición de nuestros CMP, es imprescindible contar con los medios adecuados. Por ello, el uso de bases de datos o sistemas de información es imprescindible, pero la formación adecuada e implantación a través de los profesionales debe ser muy exhaustiva y ser validada por métodos alternativos. Un sistema de información mal implantado no es la solución tecnológica adecuada, es un gran problema para un centro hospitalario.

Generalmente los sistemas de información en hospitales están enfocados a cubrir las necesidades de información y gestión clínica. Lo comentado, resume la necesidad de diseñar, desarrollar y crear el sistema de información integral de todo el hospital, consiguiendo desde la base, incluir en un mismo sistema TODAS las necesidades de información del HSFQ, de cara a sus exigencias

tanto internas como a las externas, asistenciales como no asistenciales.

En definitiva, es fundamental en la gestión moderna disponer de datos, y esto sólo se puede obtener si se planifican, implantan y ejecutan los recursos necesarios. Hoy en día las organizacio-

nes sanitarias no dan la importancia necesaria a este recurso de manera completa, si bien si se hacen grandes esfuerzos en obtener ciertos datos e indicadores asistenciales como los derivados del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos).

9. CONCLUSIONES

1. Los sistemas sanitarios públicos deben abordar mejoras y cambios de gestión a través de cambios en la microgestión de sus centros asistenciales, implantando nuevos modelos de gestión y organización.
 2. Los modelos de gestión a diseñar e implantar deberían contar con las herramientas ya existentes en el mercado, e implantarlas con las mismas metodologías que se implantan y usan en organizaciones de otros sectores. Los esfuerzos por inventar nuevas herramientas de gestión para el sector sanitario no aportan más valor que lo ya existente.
 3. La elección de un modelo de gestión de un centro sanitario público debe tener en cuenta su papel en la red de salud a la que pertenece, y no actuar de manera independiente respecto a esta red.
 4. El diseño, desarrollo e implantación de un modelo de gestión es un proyecto a largo plazo que requiere de profesionales cualificados, formados, y con el respaldo necesario para poder finalizar y demostrar mediante resultados la validez del modelo.
 5. El modelo diseñado cuenta con todas las herramientas necesarias de gestión para dar respuesta a la totalidad de las necesidades organizativas del hospital, en todas sus actividades, tanto asistenciales como no asistenciales.
 6. Existe una relación directa entre como se hacen las cosas y como las perciben los usuarios, por lo que una organización se puede orientar a sus resultados esperados siempre que el modelo de gobernabilidad y gestión sea el adecuado.
 7. En la implantación de un modelo de gestión es necesario dar respuesta a tres tipos de información:
 - a. La información sobre cómo hacemos las cosas.
 - b. La información sobre cómo nos percibe nuestro usuario.
 - c. La información de qué es lo que somos capaces de hacer.
- Estos tres tipos de información y su análisis nos permiten gestionar nuestros recursos de la manera más eficiente posible.
8. Los sistemas de gestión en su fase documental y teórica, no funcionan ni son válidos, lo realmente difícil es la aplicabilidad de las herramientas de gestión.
 9. Si el proyecto de implantación de un modelo de gestión hospitalario nuevo, incluye un proceso de transferencia del conocimiento, hay que establecer requisitos y obligaciones respecto de la elección del equipo

receptor del conocimiento que permita una estabilidad a lo largo de toda la duración del proyecto.

10. La propuesta de implantar un nuevo modelo de gestión debe ser visto desde un enfoque de cambio, a través de un proceso de

innovación, donde se entienda por todos los protagonistas que es necesario hacer las cosas de manera diferentes. Por el mismo camino, se llega al mismo lugar.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luer, C., 3 Criterios para mejorar tu competitividad, in Revista Merca 3.02014, Grupo de Comunicación Katedra S.A. de C.V.: Mexico.
2. Martínez, Á., Desarrollo y definición de un modelo de gestión como paso previo para la innovación empresarial, in Calidad2013, Asociación Española para la Calidad.
3. Lorenzo González Bolea, M.Á.C.C., Miguel Ángel Rivas Zapata, Guía para la medición directa de la satisfacción de los clientes, C.C.d. Excelencia, Editor 2007.
4. Lamata, F., Manual de administración y gestión sanitaria1998: Ediciones Díaz de Santos.
5. Jim Adams, R.B., MD, Michael Boroch, Karen Knecht, Edgar L. Mounib y Neil Stuart, La asistencia sanitaria en 2015, 2015, IBM Institute for Business Value.
6. IASIST, EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA SEGÚN SU MODELO DE GESTIÓN, 2012.
7. Josep Valor, J.R., Gestión en la empresa hospitalaria, 1990, IESE Bussines School - Universidad de Navarra.
8. Maldonado, J.Á., Fundamentos de calidad total2005.
9. David Hoyle, J.T., Del aseguramiento a la gestión de la calidad: Enfoque basado en procesos2002: AENOR.
10. Détrie, P., Cómo ganar clientes. Guía práctica de la calidad total1994: Paraninfo.
11. Leboeuf, M., Como hacer clientes y conservarlos.
12. Denton, K., Calidad en el servicio a los clientes1991: Díaz de Santos.
13. González, E.G.C., Satisfacción y expectativa del cliente, 2009.
14. Castellanos, M.N., La gestión por procesos en el laboratorio clínico según la norma UNE-EN ISO 9001. Segunda ed2009: AENOR.
15. AENOR, Métodos para medir la satisfacción del cliente2012: AENOR EDICIONES.
16. Varios, J.C.S.-. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada2010: Centro de Estudios Financieros.
17. Varios, L.R.I.-. Claves para la gestión clínica2004: McGRAW-HILL.
18. Juan del Llano Señarís, S.P.Z., Gestión Clínica2011: Fundación Gaspar Casal.
19. Cegama, F.U.L.d., Transferencias sanitarias. ¿Un antes y un después del modelo directivo? Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2002.
20. 20 Martín, S.J.-. El sistema de salud en España en perspectiva comparada, 2014,

Observatorio de la sanidad FEDEA.

21. Varios, J.C.S.-. Gestión de calidad en las organizaciones sanitarias 2014: Fundación MAPFRE (Ediciones Díaz de Santos).

22. Sanidad, M.d., Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud., 1987.

23. Suramericanas, U.-U.d.N., Un espacio de cooperación e integración para el desarrollo, 2014, UNASUR.

24. Juan Ponce J, P.M.C., Juan Carlos Parra F., María del Pilar Troya F, Rubén Páez L, Jacques Laufer, Malki Sáenz G., Malki Sáenz G., II INFORME NACIONAL DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, 2007.

25. Ecuador, C.N.d.S.d., Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008, 2007.

26. Bernarda Salas, F.S., Walter Torres, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, C. Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Editor 2008.

27. Ecuador, M.d.S.P.d., LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA EN EL ECUADOR, 2006.

28. Ecuador, C.N.d.S.d., Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, M.d.S.P.d. Ecuador, Editor 2007.

29. Moni Pizani, M.E.R., Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015.

30. Ecuador, M.d.S.P.d., Ley de la Seguridad Social de Ecuador, 2009.

31. 2007, A.N.C.d.I.R.d.E.d., Constitución de la República del Ecuador, 2008.

32. Social, I.E.d.I.S., PLAN ESTRATÉGICO 2014 - 2017, 2014, IESS.

33. Ecuador, C.N.d.S.d., Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 2007.

34. SOCIAL, C.D.D.I.E.D.S., REGLAMENTO PARA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y EN RED DE LOS ASEGURADOS (CD 308), I.E.d.I.S. Social, Editor 2010.

35. NORMATIZACIÓN, M.D.S.P.D.E.S.N.D .G.D.L.S.P.D.N.D., NORMA DEL SUBSISTEMA DE REFERENCIA, DERIVACIÓN CONTRAREFERENCIA, REFERENCIA INVERSA Y TRANSFERENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2013.

36. (OMS), O.M.d.I.S., Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, 2000, OMS.

37. Zambrano, F.F.G.R.y.Z.d.R.O., Estudio de satisfacción en la calidad del servicio para medir la relación que existe entre el cliente interno y externo de la Dirección Provincial de Guayas del IESS, 2009, Escuela Superior Politécnica del Litoral: Guayaquil - Ecuador.

38. censos, I.N.d.e.y., EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES INVESTIGADAS EN LOS CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DEL ECUADOR 1950, 1962, 1974, 1982, 1990, 2001 y 2010, INEC.

39. CEPAL-CELADE, Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador, 2007.

40. Ecuador, M.d.S.P.d., Estrategia de Cooperación de País, de la OPS/OMS en Ecuador, periodo 2010-2014, 2009.

41. Byron Villacis, D.C., Estadística demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y propuestas 2012, Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

42. Salud, O.P.d.I., PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD 2008: Organización Panamericana de la Salud.

43. ECUADOR, B.C.D., Reporte trimestral del mercado laboral, 2012.

44. censos, I.N.d.e.y. Resultados del censo 2010. 2010; Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>.

45. Salud, C.N.d., Política Nacional de Investigación en Salud, 2007.

46. Salud, O.P.d.I., Situación de Salud en las Américas - Indicadores básicos 2010, 2010, Salud Panamericana de la Salud.

47. Censos, I.N.d.E.y., Anuario de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones, 2011.

48. Julio César Yunga, D.C., Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades

2013, 2013.

49. Ecuador, M.d.S.P.d., Cartera de Servicios Hospitalarios, 2010.

50. María Soledad Carrera Clavijo, J.C.Y., Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2012.

51. Ruiz, J.A.o. Diagnóstico Estratégico - DAFO. Available from: <http://www.sedisa.net/archivosweb/files/15NEWSLETTER.pdf>.

52. QUITO, M.D.D.M.D., PLAN DE DESARROLLO 2012 – 2022, 2011.

53. UNESCO, Declaratoria de Quito, 1984.

54. UNASUR, Acuerdo de sede entre la República de Ecuador y la Secretaría General de la Unión de Naciones Suramericanas, UNASUR, 2011.

55. SOCIAL, C.D.D.I.E.D.S., Mapa de Unidades Médicas del IESS, I.E.d.I.S. Social, Editor 2013.

56. ISO, C.T.I.T.d., Sistemas de gestión de la Calidad. Requisitos, 2008, AENOR.

57. EFQM, Modelo EFQM de excelencia 2013: EFQM.

58. 58 Madrid, C.d. Gestión de Riesgos. Análisis y cuantificación. 2014; Available from: [http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/4AnalisisycuantificaciondelRiesgo\(AR\)_es.pdf](http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/4AnalisisycuantificaciondelRiesgo(AR)_es.pdf).

59. Definicion.de. Definición de modelo de gestión. 2014; Available from: <http://definicion.de/modelo-de-gestion/>.

60. Jaime Beltran, M.A.C., Remigio Carrasco, Miguel A. Rivas, Fernando Tejedor, Guía para una gestión basada en procesos: Instituto Andaluz de Tecnología.

61. consultores, A., La elaboración del plan estratégico 2012: ECO3 Colecciones.

62. Ortega, A.M.S., El sistema de incentivos como herramienta para el mejoramiento de la productividad empresarial, 2003.

63. Álvarez, J.M.P., Configuración y usos de un mapa de procesos 2012: AENOR.

64. Deming, W.E., Calidad, Productividad y Competitividad 1989: Ediciones Díaz de

Santos.

65. AENOR, Sistemas de gestión de la calidad. Conceptos y vocabulario, 2000, AENOR.

66. Organizations, J.C.o.A.o.H., Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial. 1991.

67. Andalucía, C.d.S.-J.d., Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales 2001.

68. 2, S.d.I.T.S., Conjunto de documentos para la Introducción y el Soporte de la serie de normas ISO 9000: Orientación sobre los Requisitos de Documentación de la Norma ISO 9001:2008, 2008, ISO.

69. AENOR, Sistemas de gestión de la calidad. Conceptos y vocabulario, 2005, AENOR.

70. AENOR, Sistemas de gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores, 2003, AENOR.

71. Edgar Chirinos, E.R., Aurora Goyo, Elita Méndez y Carlos Figueredo INDICADORES DE GESTIÓN PARA MEDIR LA EFICIENCIA HOSPITALARIA. 2008.

72. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. Norma UNE 66175:2003: AENOR.

73. Francisco de Paula Rodríguez Perera, M.P. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. 2012.

74. RUIZ, R.V., La Gestión en la producción, EUMED, Editor 2013, EUMED.

75. ORGANS, B.F.i., LA GESTIÓN DE LA EXCELENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS 2009: PFIZER.

76. Ecuador, M.d.S.P.d., Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2012.

77. Juan A. Gimeno, J.R.R., Santiago Rubio, Gestión Clínica: Gobierno Clínico 2006: Díez de Santos.

78. Jiménez López M, R.P.J., Zubia Zubiaurre M, Un modelo de programación por metas para la elaboración del contrato-programa de un hospital público. 2008.

79. Social, M.d.S.y.P., Cartera de servi-

cios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización 2009.

80. Ancín, J.M.S.d.V., El plan estratégico en la práctica 2003.
81. Maella, P., Retribución variable y motivación: Retos y recomendaciones, 2012, IESE Business School.
82. humá, F.f. Gestión de la retribución variable. 2014.
83. Alberto Manzano, Á.L.-O., Mayte Bagigalupe, Félix Gutiérrez, Carmen M. Beitia, Cristina López, Eva Blanco Plan Funcional Proyecto HUA (Hospital Universitario de Arava), 2011.
84. Javier Garmón Puñal, J.M.L., Álvaro del Moral Martínez, Fernando Porrinas Ríos, Juan Manuel Romero Nieva, Estructura, planificación y organización de la empresa, 2012.
85. Álvarez, M.T., Documentación clínica y archivo, 1989.
86. Canillas, M.L.T., ADMISIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, 2004.
87. Mota, J.F., La categoría de médico de Admisión y Documentación clínica. Algunos aspectos jurídicos. Papeles Médicos: SEDOM, 2001.
88. Salud, M.d.S.y.C.I.N.d.I., Guía de los servicios de admisión y documentación clínica. Papeles Médicos: SEDOM, 2000.
89. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal., 1999.
90. Ecuador, C.N.d.S.d., Expediente Único para la Historia Clínica, 2007, Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
91. Consumo, M.d.S.y., METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD) 2007.
92. Mercedes Teruel Cabrero, J.M.L.D., Nieves Rosell Martínez, Pilar Camas Losilla, Antonio José Diestre Bernad, José María Marco Pérez, Guía para la implantación de un sistema de gestión de calidad 2006: Go-

bierno de Aragón.

93. Martínez Sagasta, C., Estandarización de protocolos asistenciales 2007: Ministerio de Salud Pública - Estado de la Nación Argentina.
94. Sangrador, C.O., Diseño y evaluación de protocolos clínicos. Nuevo Hospital, 2002.
95. Pedro Parra Hidalgo, J.E.C.U., Teresa Ramón Esparza, Salvador Peiró Moreno, Ricard Meneu de Guíllerna, INDICADORES DE CALIDAD PARA HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2012: SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial).
96. Consumo, M.d.S.y., La gestión del proceso asistencial: Impacto de los sistemas de información médica 2000: Ministerio de Sanidad y Consumo.
97. Angela Mérida Mingarro, M.H.V. Validación de un sistema de indicadores para medir el desempeño en la empresa de materiales de la construcción de Holguín. 2008; Available from: <http://www.monografias.com/trabajos15/valoracion/valoracion.shtml>.
98. Consumo., M.d.S.y., CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2008: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
99. Óscar Javier Herrera Ochoa, L.R., Oscar Mayorga, APLICACIÓN DEL MODELO DE PLANEACIÓN DE LAS CAPACIDADES PRODUCTIVAS EN EMPRESAS MANUFACTURAS EN UNA PYME DEL SECTOR DEL CALZADO. 2007.
100. J. M. Aranaz, J.J.M., J. Beltran, La gestión por procesos asistenciales integrados. 2003.
101. Carlos Reveco, R.W., Gestion de Capacidad en el Servicio de Urgencia en un Hospital Publico Revista Ingeniería de Sistemas, 2011.
102. Salud, O.P.d.I., METODOLOGÍA DE GESTIÓN PRODUCTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2010: Organización Panamericana de

la Salud.

103. School, I.B., Avanzando en gestión clínica. Informe Amphos, 2013.

104. Ernesto Bataller Alonso, V.S.S., LA EMPRESA HOSPITALARIA Y LOS SISTEMAS SANITARIOS: SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y ECONÓMICO FINANCIERO Onservatorio Iberoamericano, 2012.

105. Osvaldo Artaza B., M.S.B.I., Adriana Fuenzalida, Katia Núñez, Angélica Quintana, Irma Vargas, Cecilia Venegas, Alma Vidales, MODELO DE GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, MINISTERIO DE SALUD DE CHILE.

106. José Luis de Sancho, F.d.A.J., D.^a Matilde Cortés Sanz, Gestión clínica en los centros del INSALUD2001: Instituto Nacional de la Salud.

107. López, F.H., Factores críticos de éxito. 2015.

108. Consumo, M.d.S.y., R. D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización., 2006.

109. Gestiópolis. Estructuras organizacionales y tipos de organigramas. 2015; Available from: <http://www.gestiopolis.com/estructuras-organizacionales-y-tipos-de-organigramas/>.

110. (IESS), I.E.d.I.S.S., Reglamento Orgánico Funcional. Resolución No. C.D.457, IESS, Editor 2013.

111. SERMAS, C.d.M., Comisiones del Hospital Universitario de Fuenlabrada, 2014, SERMAS.

112. Ecuador, M.d.T.d.I.R.d., REGLAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO, 2014, Ministerio del Trabajo de la República del Ecuador.

113. González Salinas, P., E. Lizarraga Bonelli, and A. Atela Bilbao, Autonomía del paciente, información e historia clínica : estudios sobre la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. 1. ed2004, Madrid Spain: Thomson/Civitas. 566 p.

114. Schultz, G., Manual de centros de atención al cliente2005: AENOR.

115. Consumo, M.d.S.y., Análisis y benchmarking del tratamiento de las reclamaciones y sugerencias en el SNS2008: Ministerio de Sanidad y Consumo.

116. Hayes, B.E., Como medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de cuestionarios1995: Gestión 2000, S.A.

117. Duran, A., Políticas y sistemas sanitarios, 2009, Junta de Andalucía.

118. Gestiópolis, ¿Qué es Seis Sigma? Metodología e implementación.

119. Muñoz, D.R., La aplicación del cuadro de mando integral en organizaciones sanitarias.

